

# Cuidados de saúde e bem-estar prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

**Sónia Inês Correia Mimoso.**

Orientadora: Professora Doutora Maria Irene Carvalho.

Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre  
em Política Social

Lisboa

2020

[WWW.ISCSP.U LISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.U LISBOA.PT)

## Folha de Rosto

# Cuidados de saúde e bem-estar prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

*Sónia Inês Correia Mimoso.*

*Orientadora: Professora Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de  
Carvalho.*

Trabalho de Projeto para obtenção de grau de Mestre em Política Social

Júri:

Presidente:

- Doutor Fernando Humberto Santos Serra, Professor Associado do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de orientadora;

- Doutora Carla Cristina Graça Pinto, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

- Doutora Carla Maria da Cunha Ribeirinho, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

*Lisboa*

*2020*

## **AGRADECIMENTOS**

Neste rigoroso percurso, deixo um agradecimento profundo e sincero à minha família pelo apoio incondicional.

À Professora e Orientadora, Doutora Maria Irene Carvalho, expresso a minha especial gratidão pelos inestimáveis conhecimentos transmitidos, disponibilidade e incentivo para a concretização deste trabalho.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL DO TRABALHO DE PROJETO.....	4
Capítulo 1. Envelhecimento: perspetivas teóricas de análise .....	4
1.1. Envelhecimento demográfico: coletivo.....	4
1.2. Envelhecimento humano: individual.....	9
1.2.1. Idade biológica e fisiológica.....	9
1.2.2. Idade psicológica .....	13
1.2.3. Idade cultural e social .....	13
1.3. Oportunidades e desafios do envelhecimento .....	14
1.4. Envelhecimento: funcionalidade, dependência e capacidade .....	19
1.5. Da dependência à institucionalização .....	24
Capítulo 2. Envelhecimento, velhice e saúde .....	28
2.1. A preocupação (inter)nacional com o envelhecimento ativo e saudável .....	28
2.1.1. Envelhecimento na agenda das políticas públicas.....	28
2.1.2. Orientações internacionais para um envelhecimento ativo e saudável .....	32
2.1.3. Orientações da política de envelhecimento em Portugal .....	34
2.2. Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável – Portugal.....	39
2.3. Respostas residenciais e prestação de cuidados institucionais.....	40
2.4. Cuidados de saúde: perspetivas teóricas em evolução .....	42
2.5. Integração social e saúde de cuidados nas ERPI.....	44
PARTE II. CONHECER A REALIDADE DE UMA ERPI: CONTEXTO, METODOLOGIA E DIAGNÓSTICO .....	50
Capítulo 3. Contexto organizacional e metodologia.....	50
3.1. Campo empírico: características de uma ERPI.....	50
3.2. Inquietações, questões e objetivos .....	55

3.3. O caminho do diagnóstico: metodologia.....	56
3.4. Considerações éticas .....	59
Capítulo 4. Diagnóstico em ação: saúde e bem-estar na ERPI.....	59
4.1. Perfil dos residentes da ERPI.....	59
4.2. Grau(s) de dependência.....	62
4.3. Bem-estar físico.....	64
4.4. Bem-estar psicológico .....	71
4.5. Bem-estar social .....	74
4.6. Síntese diagnóstica: especificidades das condições e do usufruto de serviços (saúde e social) .....	78
PARTE III. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CUIDADOS DE SAÚDE E SOCIAIS CENTRADOS NA PESSOA.....	83
Capítulo 5. Estratégias de intervenção para a melhoria da saúde e do bem-estar numa ERPI .....	83
5.1. Cuidados centrados na pessoa .....	84
5.2. Melhorar a Saúde: promoção da saúde e bem-estar .....	86
5.3. Participação: pessoas idosas e desenvolvimento.....	88
5.4. Segurança: ambiente propício e favorável .....	89
5.5. Implementação, monitorização e avaliação .....	90
5.6. Limites e potencialidades .....	91
CONCLUSÃO.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95
APÊNDICE .....	101

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1. - Evolução da população jovem, idosa e mais idosa (em percentagem total da população) e de alguns indicadores demográficos (1960-2060) em Portugal.....	7
Tabela 1.2. - Alterações fisiológicas do envelhecimento .....	12
Tabela 2.1. - Medidas de política dirigidas às pessoas idosas e em situação de dependência, no âmbito da Segurança Social .....	37
Tabela 3.1. - Plano anual de atividades de Animação Sociocultural da ERPI em estudo .....	57
Tabela 3.2. - Elaboração própria - Perfil da pessoa idosa institucionalizada .....	58
Tabela 3.3. - Elaboração própria - Quadro de operacionalização da recolha de informação dos processos individuais.....	58
Tabela 4.1. - Perfil da pessoa idosa institucionalizada .....	61
Tabela 4.2. - Síntese diagnóstica dos principais problemas e necessidades dos residentes da ERPI .....	82
Tabela 5.1. - Elaboração própria - Estratégias de intervenção: Saúde .....	86
Tabela 5.2. - Elaboração própria - Estratégias de intervenção: Participação .....	88
Tabela 5.3. - Elaboração própria - Estratégias de intervenção: Segurança .....	90

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. - Evolução do número de respostas sociais para as pessoas idosas .....	26
Figura 1.2. - Distribuição percentual dos residentes em ERPI por capacidade de realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) .....	27
Figura 1.3. - Distribuição percentual dos residentes em ERPI por serviços prestados .....	28
Figura 2.1. – Áreas de atuação decorrentes do Ano Internacional das Pessoas Idosas .....	30
Figura 2.2. - Pilares do envelhecimento ativo .....	31
Figura 2.3. - Linhas orientadoras da ENEAS .....	40
Figura 2.4. – Elaboração própria - Modelo de saúde integral em contexto institucional (ERPI) .....	47
Figura 3.1. - Princípios de intervenção da ERPI em estudo.....	50
Figura 3.2. - Modelo do Avião: modelo de análise organizacional da ERPI em estudo .....	52
Figura 3.3. - Planeamento do trabalho de projeto .....	57
Figura 4.1. - Avaliação do estado de consciência, orientação e discurso .....	62
Figura 4.2. – Avaliação da funcionalidade.....	63
Figura 4.3. – Apoio necessário nas AVD's .....	64
Figura 4.4. – Antecedentes clínicos .....	65
Figura 4.5. – Medicação: número de medicamentos e toma .....	66
Figura 4.6. – Requisição de exames complementares de diagnóstico a realizar externamente.....	66
Figura 4.7. – Encaminhamento para consultas externas de especialidade.....	67
Figura 4.8. – Acompanhamento médico antes da institucionalização.....	67
Figura 4.9. – Tratamentos/atos de enfermagem.....	68
Figura 4.10. – Avaliação de sinais vitais .....	68
Figura 4.11. – Utilização de materiais de prevenção de úlceras de pressão.....	69
Figura 4.12. – Reforço de hidratação .....	70
Figura 4.13. – Dieta.....	71

Figura 4.14. – Fisioterapia .....	71
Figura 4.15. – Terapêutica neurológica/psiquiátrica .....	72
Figura 4.16. – Animação sociocultural.....	72
Figura 4.17. – Desenvolvimento pessoal (por iniciativa própria).....	73
Figura 4.18. – Humor e comportamento.....	74
Figura 4.19. – Apoio social .....	74
Figura 4.20. – Participação/entreaajuda .....	75
Figura 4.21. – Realização de passeios organizados pela ERPI.....	75
Figura 4.22. – Saídas ao exterior com a rede de apoio informal .....	76
Figura 4.23. – Visitas .....	76
Figura 4.24. – Animação sociocultural.....	77
Figura 4.25. – Espiritualidade .....	77



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AAD – Ajudante de Ação Direta

ADM - Assistência na Doença aos Militares

ADSE - Instituto de Proteção e Assistência na Doença

AF - Capacidade Funcional

ABVD - Atividade Básica da Vida Diária

AFI - Acolhimento Familiar de Pessoas Idosas

AVD's – Atividades de Vida Diária

CC – Centro de Convívio

CI – Capacidade intrínseca

CD – Centro de Dia

DGS – Direcção-Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados e Integrados

ECD – Exame Complementar de Diagnóstico

ECG - Eletrocardiograma

ECO - Ecocardiograma

ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

INE – Instituto Nacional de Estatística

LNES - Linha Nacional de Emergência Social

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIC – Plano Individual de Cuidados

PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos

PARES - Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

PCHI - Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas

PILAR – Programa Idoso em Lar

PROGRIDE - Programa para a Inclusão e Desenvolvimento

PT-ACS - Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SAD PSP – Assistência na doença Polícia de Segurança Pública

SAD GNR - Assistência na doença Guarda Nacional Republicana

SNG – Sonda nasogástrica

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UE – União Europeia

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UP – Úlcera de pressão

## RESUMO

À medida que as pessoas envelhecem, as suas necessidades em matéria de saúde tendem a aumentar, devido sobretudo à complexidade das doenças crónicas. A institucionalização é, frequentemente, a última opção e uma necessidade nos casos de maior dependência. Com a longevidade ganha relevância o desenvolvimento de cuidados integrados, que atendam às necessidades de saúde e sociais destas pessoas. É neste contexto que as Estruturas Residenciais para Idosos – ERPI - têm procurado adaptar os seus serviços de forma holística a estas novas realidades.

Compreender este processo é de suma importância quer do ponto de vista político, quer do interventivo, pois a elaboração de políticas de velhice adequadas (*top-down*) surge do conhecimento aprofundado da realidade (*bottom-up*). É com esta preocupação que este trabalho de projeto se desenvolve, considerando fundamental o atual papel das ERPI na prestação de cuidados específicos. Para tal, partiu-se da experiência profissional nesta área, como Assistente Social e Diretora Técnica numa ERPI, com o objetivo de realizar uma análise diagnóstica da situação vivida nessa ERPI e, posteriormente, uma proposta de melhoria da prestação dos cuidados de saúde e sociais.

Em termos metodológicos foi efetuada uma recolha de dados dos processos individuais dos residentes e sistematizados num documento de Excel. Estes dados foram analisados e apresentados de forma descritiva para fundamentar o diagnóstico efetuado. Os dados recolhidos demonstram que a ERPI tem uma população muito envelhecida, com elevado grau de dependência e demências, necessitando de cuidados a vários níveis, prevenção, manutenção e reabilitação. Quanto mais dependentes se encontram as pessoas idosas, mais especializados e diferenciados são os cuidados recebidos, contudo ainda necessitam de ser melhorados, sobretudo no que diz respeito à individualização. Assim, propôs-se uma intervenção centrada na pessoa, num sistema integrado de prestação de cuidados, com vista a otimizar as oportunidades para o envelhecimento ativo na ERPI.

**Palavras-chave:** saúde; envelhecimento ativo; dependência; estruturas residenciais para pessoas idosas; cuidados integrados; políticas públicas.

## ABSTRACT

As people get older, their health needs tend to increase due to the complexity of chronic diseases. Institutionalization is often the last option, but for the highest dependence cases there are no other alternatives.

The development of integrated care that meets the health and social needs of people becomes relevant as longevity increases. In this sense, the social facilities in long term (in Portuguese, “Estruturas Residenciais para Idosos” - ERPI) have been trying to improve their services in a holistic way, unlike in the past.

Understanding this process is of crucial importance from the political and interventional point of view, since the elaboration of old-age policies (top-down) arises from a deep knowledge of reality (bottom- up).

This work was developed based on the importance of the actual ERPI in specific health care. Thus, the experience of the author as Social Worker and Technical Director in an ERPI was used as a starting point to conduct a diagnostic analysis of the situation experienced in that ERPI and then elaborate a proposal to improve healthcare provision.

In methodological terms, data were collected from individual resident processes and systematized in an Excel document. These data were analyzed and presented descriptively to support the diagnosis made. It was reached the conclusion that the ERPI has a very aged population, with high levels of dependency and dementia, requiring care at various levels, in terms of health prevention, maintenance and rehabilitation. The more dependent the older people are the more specialized and differentiated their care must be, however, they still need to be improved, especially as regards the individualization of care. A proposal for a person-centered care on integrated system was made, in order to optimize the possibility of active ageing in the ERPI.

**Keywords:** health; active ageing; dependency; social facilities in long term care; integrated care; public policies.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho de projeto visa, por um lado compreender o modo como uma ERPI responde à dimensão da saúde dos seus residentes, e por outro efetuar uma proposta de intervenção que potencie uma melhoria da prestação de cuidados, centrado na pessoa. O tema concentra-se nas evidências da prática profissional da interventora numa ERPI, enquanto Assistente Social e Diretora Técnica e coloca em análise uma das problemáticas centrais da atualidade: o envelhecimento e as necessidades em saúde. A necessidade deste trabalho de projeto decorre da prática profissional da investigadora, a qual exerce funções profissionais de responsabilidade a nível da gestão, coordenação, supervisão e avaliação do plano individual de cuidados dos residentes – PIC.

A delimitação do tema e a escolha do tipo de trabalho a desenvolver no âmbito do Mestrado em Política Social do ISCSP, partiu de alguns critérios a saber: a experiência da interventora (critério cognitivo) e o facto de ser um tema motivador (critério emocional) (Carmo & Ferreira, 2008), também pelo aprofundamento do conhecimento das necessidades em saúde das pessoas idosas institucionalizadas, sabendo que estas tendem a ter cada vez mais destaque nos processos de institucionalização. Para a investigadora e interventora, surge ainda como motivação compreender a resposta de uma ERPI a tais necessidades dado que estas desafiam este tipo de organizações a reestruturar os cuidados e a sua natureza.

Para além dos critérios referidos anteriormente o tema prende-se, de forma elementar, com o fim de “saber mais” e de “saber fazer melhor” (Carmo & Ferreira, 2008), de modo que se espera que os resultados venham a ser úteis para melhorar os serviços da estrutura residencial em estudo e, igualmente, para outros contextos de institucionalização. Também colocando a questão na comunidade científica, quanto à importância desta resposta para as pessoas idosas, concretamente, no atendimento às suas necessidades de saúde e bem-estar. Como qualquer trabalho científico pretende desenvolver conhecimento para a melhoria da intervenção.

Neste sentido, confirma-se a particularidade desta pesquisa ao colocar enfoque na prestação de cuidados de saúde a pessoas idosas numa estrutura residencial, tendo em conta o panorama demográfico da sociedade portuguesa e, inclusive, da relevância de situações de incapacidade física e/ou cognitiva nos indivíduos à medida que envelhecem. Esta realidade exige respostas formais que atendam às crescentes complexidades clínicas e sociais das pessoas idosas, sendo que situações mais graves conduzem à institucionalização.

A pesquisa exige configuração de pontos de reflexão capazes de motivar a elaboração e a implementação de políticas sociais ajustadas à realidade da institucionalização e à problemática do envelhecimento e da saúde – no sentido *bottom-up* - desafiando as comunidades académica, científica e política a empenharem-se na exploração de respostas holísticas para as necessidades e para as potencialidades das pessoas idosas institucionalizadas, com vista à garantia dos seus direitos humanos básicos e à potencialização do seu bem-estar biopsicossocial.

A política pública do envelhecimento não é recente, mas nos últimos anos, com o aumento da longevidade da população, a mesma foi desafiada a responder a novos e velhos riscos. Os velhos riscos estão na base da sua conceção, i.e. a proteção a nível da doença, da deficiência, do risco do desemprego e da reforma por idade. Contudo, mais recentemente decorrente da mudança das estruturas sociais e da família, a política do envelhecimento tem sido desafiada a responder a diferentes riscos consequentes do acréscimo das doenças crónicas e incapacitantes, à solidão e isolamento, à escassez de cuidadores informais e formais assim como à qualidade dos cuidados necessários. A nível internacional, têm sido emanadas orientações para os países agirem nestas duas frentes. Veja-se, por exemplo, o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde 2015 – da OMS (2015), ou a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde (OMS, 2017a). É ainda relevante destacar as orientações da União Europeia que se centram, sobretudo, na reforma do sistema de pensões mas também no investimento em cuidados de longo termo e apoio aos cuidadores informais (European Commission, 2017). Em Portugal, a política de envelhecimento tem sido estabelecida pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017a) e pelo Ministério da Saúde, denominada de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, 2017-2025.

Tanto uma como outra privilegiam os *guidelines* internacionais da OMS no que diz respeito ao envelhecimento ativo e saudável. Os cuidados pessoais e de saúde às pessoas idosas devem centrar-se na independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade, bem como promoção dos direitos humanos, equidade, igualdade e não discriminação. O investimento e melhoria da qualidade dos cuidados prestados tem sido claramente reforçado, ainda que a política pública ao nível dos cuidados sociais de longo termo seja prestada tanto por entidades privadas lucrativas e não lucrativas, que não estão preparadas para responder à complexidade das situações sociais e de saúde. É neste registo que surge este trabalho de projeto onde se destaca a realidade da institucionalização de

peessoas idosos e o acesso a cuidados de saúde e sociais. Assim, é pertinente não só conhecer a ERPI e o seu contexto mas também o perfil das pessoas idosas institucionalizadas e nível de dependência, as suas necessidades biopsicossociais em saúde e a resposta da ERPI às mesmas. Concomitantemente, a proposta de um sistema integrado de prestação de cuidados centrado no residente, tendo em conta também os pressupostos do envelhecimento ativo, é essencial para melhorar os cuidados prestados.

Em termos metodológicos optou-se pelo uso da técnica de pesquisa documental para a recolha de dados dos processos individuais dos residentes, a sua inserção numa base de dados, o que permitiu o seu tratamento de forma quantitativa. Estes dados foram substanciais para a elaboração de proposta de prestação de cuidados centrados nas pessoas idosas e nas suas necessidades.

Assim, o presente trabalho de projeto encontra-se organizado da seguinte forma: na primeira parte descreve-se a moldura teórica (revisão de literatura e elaboração de um quadro de referência); na segunda parte descreve-se o contexto organizacional em estudo, a estratégia metodológica que guiou todo o trabalho de projeto, apresentando-se também o diagnóstico das necessidades identificadas nos residentes da ERPI e, finalmente, a terceira parte diz respeito à proposta de intervenção propriamente dita.

Para terminar a introdução é importante também referir que neste trabalho de projeto optou-se pela denominação de pessoa idosa, do inglês “older person”, por ser a denominação que as instâncias internacionais, tal como a ONU e a OMS, privilegiam nos seus *guidelines* para a política do envelhecimento.

## **PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL DO TRABALHO DE PROJETO**

### **Capítulo 1. Envelhecimento: perspetivas teóricas de análise**

O tema do envelhecimento é algo incontornável na atualidade. O envelhecimento pode ser explicado segundo duas perspetivas: através de uma perspetiva coletiva; e através de uma perspetiva individual, como um processo; (António, 2013; Rosa, 2012). A primeira, remete para o envelhecimento demográfico, com foco em mudanças na estrutura da população. Por sua vez, a segunda está associada ao envelhecimento humano e analisa “a mudança progressiva que o envelhecimento acarreta na estrutura biológica, psicológica e social de cada pessoa” e “remonta a tempos imemoriais” (Rosa, 2012, p. 19).

#### **1.1. Envelhecimento demográfico: coletivo**

O envelhecimento coletivo ou demográfico pode ser definido como uma evolução particular da composição etária da população em que o aumento da importância estatística das pessoas idosas é significativa – envelhecimento “no topo” da pirâmide etária – e a importância estatística dos jovens, se reduz – envelhecimento “na base” da pirâmide etária, correspondendo a um “duplo envelhecimento” da sociedade (Carrilho, 2017; António, 2013; Capucha, 2014; Rosa, 2012). Segundo o INE (2015), o envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população expressando uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI.

Neste sentido, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduz-se no incremento, absoluto e relativo, da população idosa e muito idosa no total da população resultante da transição de um modelo demográfico com valores elevados de mortalidade e de natalidade até parte do século XX, para um novo modelo em que ambas as variáveis assumem valores baixos no início do século XXI, a par de um aumento significativo da esperança de vida – Teoria da Transição Demográfica. Este processo guiou as sociedades, nomeadamente as europeias - todavia com cronologias distintas mas principalmente no início na segunda metade do século XX - para um regime demográfico marcado pelo envelhecimento da população. Assim, o envelhecimento demográfico depressa veio a adquirir uma dimensão



mundial, embora com intensidades diferentes, consoante as regiões e os países (INE, 2015; Carvalho, 2013; Rosa, 2012).

No contexto europeu, o envelhecimento demográfico também não é meramente conjuntural e as tendências são claras face ao aumento acentuado de pessoas idosas em termos prospetivos: em 2008 constavam 85 milhões de indivíduos e em 2060 prevê-se que venham a ser 151 milhões as pessoas idosas (Paúl & Ribeiro, 2012).

Portugal, estando inserido na UE, revela algumas particularidades verificadas ao nível do envelhecimento da população. Por exemplo, assenta num início mais tardio do processo relativamente a países da Europa Central e do Norte, mas também pelo facto de se ter revelado um fenómeno mais vigoroso devido, sobretudo, aos impactos do processo emigratório após a 2ª Guerra Mundial. Até lá, Portugal detinha uma das populações mais jovens da Europa, porém, rapidamente o contingente populacional jovem foi reduzido. Os anos 50 e os anos 70 foram caracterizados por um processo emigratório em larga escala. Assim “as mudanças sociais e demográficas corresponderam a uma das mais rápidas e estruturais alterações de toda a Europa (...) evidenciando-se uma das mais fortes tendências de envelhecimento em Portugal com comparação com outros países” (Paúl & Ribeiro, 2012, p. 182). Atualmente, as alterações demográficas em Portugal caracterizam-se por:

- Redução da taxa de natalidade: nascem cada vez menos crianças (1,28 por mulher, dados de 2012 - inferior ao limiar da substituição de gerações, no valor de 2,1) (António, 2013). Em termos comparativos, em 1960, Portugal apresentava uma média superior a 3 filhos por mulher, colocando-o no grupo dos países europeus com valores de fecundidade mais elevados. Complementarmente, surge ainda um retardamento do projeto de maternidade, uma vez que tem aumentado a idade média das mulheres aquando do nascimento do primeiro filho, situando-se, atualmente, próximo dos 29 anos (Rosa, 2012).

- Aumento da esperança de vida, tanto à nascença, como a partir dos 65 anos. Em 1940, os homens tinham uma esperança média de vida de 48,6 anos mas a geração de 2001 apresenta uma esperança média de 71,2 anos. Desta forma, em 1940, a esperança média para as mulheres era de 52,8 anos e as da geração de 2001 apresentam uma esperança média de 80,5 anos (Chau *et al.*, 2012). No início dos anos 40 em Portugal, apenas 46 % dos indivíduos chegavam aos 65 anos de idade e em 2012, 87% alcança essa idade (Rosa, 2012). Contudo, não se trata unicamente do aumento das expectativas globais de vida, mas igualmente da esperança média de vida nas idades mais avançadas, pelo que a esperança de vida aos 65 anos – número médio de anos que um indivíduo com 65 anos pode esperar viver -

é, em 2012, de 16,9 anos para os homens e de 20,3 anos para as mulheres (António, 2013; DGS, 2004).

- Fluxos migratórios: referem-se à emigração de população jovem e em idade ativa em busca de melhores condições de vida – permanecendo no país a população mais envelhecida – e por outro lado, o regresso da população idosa emigrada ao país nativo. A este nível verifica-se, um saldo migratório – diferença entre o total de imigrantes e de emigrantes – negativo, com referência aos fortes movimentos emigratórios em meados do século XX. Na verdade, a saída de muitos jovens adultos portugueses penalizou, em termos de desenvolvimento económico, principalmente as regiões rurais, norte e centro do país, de forma diferenciada (António, 2013; Rodrigues, 2018). Primeiramente, em Portugal, o processo emigratório das duas décadas finais do salazarismo apresentaram uma forte relação com o surgimento do envelhecimento demográfico no país, no entanto a evolução deste fenómeno acaba por ser estreitamente associado, pelos investigadores, a fatores culturais, sociais e económicos e menos explicado pelas dinâmicas migratórias (Paúl & Ribeiro, 2012).

Existem outros fatores que contribuem para esta transformação. Por exemplo, Rodrigues (2018, p. 17) refere que, desde a década de setenta, há uma “(re)configuração” profunda da sociedade portuguesa com múltiplos fatores responsáveis pela “aproximação rápida aos níveis de modernização social e condições de vida existentes noutros países europeus”, num contexto de amplas modificações de carácter social, económico e identitário. O autor (op.cit) argumenta o aumento dos níveis médios de bem-estar com alterações de carácter demográfico – a mais notória como sendo o envelhecimento da população - conforme já salientado, causadas pela redução progressiva do nascimento de crianças e dos níveis de mortalidade e pelo aumento do total médio de anos de vida.

A compreensão da débil taxa de natalidade observada prende-se com novos modelos familiares e progressos sociais e económicos do Portugal pós-revolucionário, a destacar – segundo Rosa (2012) – a urbanização, a melhoria dos níveis de instrução, a emancipação feminina ao nível da participação no mercado de trabalho, a terciarização da economia, os progressos técnicos de controlo de nascimentos e a perda de valor económico da criança – que já não constitui uma fonte de rendimento familiar – associada ao reforço do Estado Social. A redução da mortalidade e o consequente aumento da esperança de vida podem ser justificados com avanços científicos, económicos, sociais e políticos das sociedades, entretanto ocorridos.

Assinalam-se os progressos verificados na tecnologia, na nutrição, nas condições sanitárias, no ensino, na ciência médica, nos meios de diagnóstico e de tratamento e nas

condições socioeconómicas coletivas – como a vulgarização de certas práticas higiénicas e o desenvolvimento da saúde pública (UNFPA & HelpAge Internacional, 2012; Rodrigues, 2018). Tais pressupostos colocam o envelhecimento coletivo como uma conquista da humanidade, na medida em que é fruto de melhorias em vários setores das sociedades.

Ao nível das políticas sociais, Capucha (2014) acrescenta outros contributos como a melhoria dos sistemas de saneamento básico e de acesso a água potável, o crescimento dos rendimentos do trabalho, dos sistemas de pensões, dos equipamentos sociais e das medidas de combate à pobreza que efetivam a satisfação de necessidades básicas. Assim sendo, para o autor (op.cit) o envelhecimento da população decorre do investimento público em prestações sociais, infraestruturas e serviços.

Não será expectável que o processo seja invertido e a população deixe de envelhecer. Os censos de 2011 estimavam que em Portugal existiam 19,1% de pessoas consideradas idosas (com 65 e mais anos), mas as estimativas consideram que esse valor vai aumentar para 31,8% em 2050. Entre 1960 e 2012, a população jovem passou de uma representatividade de 29% para 15% no total da população e o grupo das pessoas idosas de 8% para 19% (com um aumento, nesse período, de 1,3 milhões de pessoas com idades superiores a 65 anos), dados que clarificam Portugal como o sexto país mais envelhecido do espaço europeu (Câmara, 2014). “Entre as mudanças previstas até 2050 falamos de uma descida de população entre os 10% e os 30%, de uma triplicação do volume de pessoas idosas e de uma redução de quase um terço dos jovens com menos de 15 anos, bem como dos adultos em idade ativa” (Rodrigues, 2018, p. 34).

	1960	2012	2060
% da população com idade < a 15 anos	29,1	14,7	11,5
% da população com 65 e mais anos	7,7	19,4	35,4
% da população com 75 e mais anos	2,7	9,4	23,1
Índice de dependência de pessoas idosas	12,7	29,4	67,0
Índice de sustentabilidade potencial	817,8	340	149
Índice de renovação da população em idade ativa	185,5	88,7	71,4
Índice de Envelhecimento	27,3	131	307
Índice de longevidade	33,6	48,9	65,3

**Tabela 1.1.** - Evolução da população jovem, idosa e mais idosa (em percentagem total da população) e de alguns indicadores demográficos (1960-2060) em Portugal (Câmara, 2014).

É também importante referir que o envelhecimento não tem sido uniforme no território português, em termos geográficos, cronológicos e de intensidade. De acordo com dados do último recenseamento geral, em 2011, o interior encontrava-se mais afetado com a perda de camada jovem: as pessoas idosas residentes contabilizadas foram cerca de 30% a 40%. Apenas 45 concelhos, num total de 308, detinham mais jovens do que pessoas idosas (INE, 2011). Os concelhos com população mais jovem pertencem às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e ao Algarve, envolvendo também os distritos de Lisboa e Porto. Quanto aos aspetos cronológicos e de intensidade, as diferenças regionais também são salientes.

Nos anos 60 o interior do país começou por se tornar mais envelhecido e o litoral do país mantinha a população mais jovem. Contudo, “o fenómeno do duplo envelhecimento demográfico alastra durante as duas décadas seguintes a todo o país, embora seja menos evidente nas regiões mais atrativas do ponto de vista migratório, como sucede nos espaços urbanos e na faixa litoral atlântica” (Rodrigues, 2018, p. 24), associadas a diferenças regionais de desenvolvimento com desfavorecimento em termos de concentração de atividades económicas, distribuição de riqueza e acesso a equipamentos para as zonas interiores do país, onde reside cada vez menos população – população essa, por sua vez, cada vez mais envelhecida.

Nesta problematização merece ainda destaque a “feminização do envelhecimento” em Portugal, uma vez que existe o predomínio das mulheres nas idades mais avançadas. O envelhecimento está associado ao género na medida em que, por cada 100 mulheres com mais de 65 anos existem 72 homens; enquanto que com 80 e mais anos existem somente 55 homens por cada 100 mulheres (Fernandes, 2012; PORDATA, 2019; Gil, 2007).

Um outro aspeto que é destacado na literatura científica no que concerne ao envelhecimento da população é o significativo aumento dos indivíduos com 80 e mais anos no total da população, que no ano de 2000 representavam ligeiramente mais de 1% da população mundial (69 milhões) e para 2050 há uma previsão de 4,1% de indivíduos muito idosos (379 milhões) (António, 2013). A este propósito, Rodrigues (2018, p. 26) introduz o conceito de “envelhecimento do envelhecimento”, na medida em que se denota a subida total de efetivos com idades superiores a 75 anos “decorrente do efeito cumulativo do aumento da esperança média de vida e da maior longevidade da população”, em oposição a tempos remotos em que sobreviver até idades avançadas era pouco provável na sequência de “limitados conhecimentos de carácter preventivo e profilático para enfrentar a doença”.

## 1.2. Envelhecimento humano: individual

A variedade de abordagens sobre o envelhecimento tem sido do interesse de organismos internacionais (OCDE, OMS, ONU, UE), nacionais (Ministérios da Segurança Social e de Saúde) e locais (tais como autarquias, instituições de solidariedade e universidades), o que veio enriquecer o seu debate sobre o tema (Carvalho, 2013). Não obstante, parece ser unânime na literatura científica a abordagem do envelhecimento individual como um processo dinâmico, natural, universal e multidimensional “que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, desde a concepção até à morte” (Carvalho, 2013, p. 3). Aponta-se também como “um processo contínuo de crescimento (...) relacionado com as experiências e expectativas dos sujeitos e com as possibilidades e desenvolvimento de determinada sociedade” (Carvalho, 2013, p. 5).

Para Lima (2010, p. 10), o envelhecimento acontece de forma esperada e constante, portanto sendo inevitável e progressivo. Todavia, apresenta-se como multifatorial – dependente de fatores como “a nossa constituição genética, as influências ambientais e o estilo de vida”, podendo ser analisado a partir dos seguintes pontos de vista: **da idade cronológica, da idade fisiológica e biológica, da idade psicológica e da idade cultural e social** (Paúl; 2005; Carvalho, 2013; Schneider & Irigaray, 2008; Simões & Sapeta, 2017).

A idade cronológica – *ageing* - surge da organização dos acontecimentos da vida conforme a idade, dos quais são exemplos - de forma evolutiva - a infância, a adolescência, a juventude, a idade adulta e a idade da velhice. Neste sentido, a idade cronológica compreende os acontecimentos que vão ocorrendo na velhice, tendo em conta fatores pessoais, sociais, culturais, económicos, comportamentais e de género, os quais influenciam o modo como decorre o envelhecimento (Schneider & Irigaray, 2008; Carvalho, 2013; Rosa, 2012).

### 1.2.1. Idade biológica e fisiológica

A idade biológica e fisiológica encontra-se associada ao envelhecimento orgânico e ao agravamento do estado de saúde do indivíduo. Desta forma, verifica-se uma “vulnerabilidade crescente e uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência” (Schroots *et al.*, 1980 cit. in Paúl, 2005, p. 1).

Apesar da longevidade ser uma conquista, na verdade este processo está associado a alterações, traduzidas em perdas que podem ser biológicas, psicológicas e sociais. Veríssimo (2014, p. 13) identifica as “alterações biológicas como algo que fragiliza os mecanismos de

defesa e a homeostasia”. As alterações biológicas podem estar associadas à perda de capacidade e de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Essas modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas reduzem as probabilidades de sobrevivência ao passo que a idade avança. Nestes casos estamos a falar da velhice patológica. Assim, o envelhecimento humano é associado a um conjunto de perdas graduais da função fisiológica que, de uma forma progressiva, evolutiva e inevitável, conduzirá o ser humano à morte. Este processo implica um ciclo de “crescimento, desenvolvimento e finitude” (Carvalho, 2013, p. 4).

Como se argumenta, o envelhecimento enquanto análise biológica, poderá causar “fragilidade nos organismos e suscetibilidade às doenças, que determinam a causa de morte dos indivíduos” (Paúl & Ribeiro, 2012, p. 38). Na perspetiva da idade biológica e fisiológica, o envelhecimento corresponde a um conjunto de alterações anatómicas expectáveis e inevitáveis afetando universalmente todos os seres vivos através de uma “deterioração gradual, contínua e irreversível das funções celulares e dos vários processos fisiológicos” (Veríssimo, 2014, p. 41). As alterações implícitas são bioquímicas, morfológicas e funcionais e conduzem a modificações dos tecidos, órgãos e sistemas com repercussões ao nível da capacidade de resposta do organismo a agressões extrínsecas e intrínsecas – senescência.

Para Veríssimo (2014) o envelhecimento tem uma progressão variável, classificando-se em primário quando acarreta o conjunto de alterações anatómicas e fisiológicas esperadas do ciclo de vida e acentuadas nesta fase da vida e secundário quando existe uma predisposição para o desenvolvimento de doença. Os vários sistemas do organismo podem, ainda, envelhecer a ritmos diferentes, levando em conta fatores genéticos e ambientais.

Como processo biológico existem múltiplas alterações anatomofisiológicas do envelhecimento onde se destacam, de forma sucinta, as seguintes (Veríssimo, 2014; Schneider & Irigaray, 2008):

- aumento de massa gorda, principalmente na região abdominal, razão pela qual se verifica, com a idade, o aumento da pressão arterial, a diminuição de tolerância à glicose, dislipidemia e tendência pró-trombótica;
- redução de massa muscular, o que significa menos força muscular e menor capacidade funcional, facilitando a ocorrência de quedas e de quadros de dependência;
- diminuição do tamanho dos órgãos tendo em conta o número de células funcionais, justificando a diminuição da capacidade de reserva das pessoas idosas, pelo que perante situações de maior exigência, é mais provável que estas entrem em descompensação

(insuficiência de órgão, geralmente coração, pulmão ou rim). Contrariamente, o coração é o único órgão que aumenta de tamanho e de peso com a idade, propiciando aumento de pressão arterial;

- perda de massa óssea, que facilita as fraturas, principalmente, do colo do fêmur, com consequências nefastas para a qualidade de vida e motivo pelo qual a osteoporose é tão frequente ao nível das pessoas mais velhas. Ocorre, ainda, perda de cálcio e de densidade dos ossos;

- atrofia muscular derivado da diminuição do número e tamanho das fibras musculares, o que causa decréscimo de força muscular e, consequentemente, decréscimo de capacidade funcional e de independência;

- inflamação e deformação das articulações, constituindo a característica crónica mais frequente do envelhecimento;

- diminuição da estatura em cerca de 1 cm a cada década após os 40 anos até aos 70 anos, acentuando-se depois dessa idade, devendo-se ao achatamento dos corpos vertebrais, ocasionado pela perda de massa óssea e outras alterações degenerativas da coluna vertebral;

- perda de dentes - como reflexo de insuficientes práticas de higiene oral no curso de vida – e diminuição da quantidade e qualidade da produção de saliva, prejudicando a mastigação e insalivação dos alimentos, a par de uma relativa redução da coordenação neuromuscular do esófago que propiciam engasgamento, disfagia, regurgitação e dor retrosternal;

- na mulher, atrofia do útero, ovários e vagina tendo como consequência a maior facilidade de contração de infeções urinárias; no homem ocorre aumento de volume da próstata responsável pela possibilidade de retenção vesical;

- fragilidade capilar, pelo que a pele se torna mais seca, mais fina e friável, menos elástica e com menos oleosidade e surgem rugas, ocorrendo menor sensibilidade à temperatura, menor capacidade de cicatrização de feridas e menor resistência a traumatismos;

- redução da quantidade de pelos e sua espessura;
- fragilidade e espessura das unhas;
- diminuição do diâmetro pupilar, condicionando a tolerância à transição luz/escuro e à tolerância à claridade;

- deterioração progressiva da acuidade auditiva, particularmente para frequências altas;

- atrofia dos bolbos olfativos e diminuição do apetite;

- atrofia dos músculos intercostais e do diafragma;
- perda de volume cerebral – ultrapassando os 0,5% a partir dos 60 anos – bem como diminuição dos níveis de neurotransmissores, do número de circuitos interneuronais e da densidade neuronal, que contribuem para a atrofia cerebral.
- ao nível do sistema nervoso, o lobolo frontal é o mais afetado com o envelhecimento, determinando diminuição da memória e da capacidade e velocidade de aprendizagem e, ademais, dificuldades na fonética. A coordenação, a velocidade de reação (reflexos), o equilíbrio e os padrões de sono também sofrem variações, com implicações significativas na qualidade de vida bem como na independência. “Surgem alterações na capacidade de execução de tarefas, uma vez que a avaliação da relevância de uma determinada informação torna-se progressivamente comprometida. Aos 80 anos, estima-se que 30 a 40% dos indivíduos apresentem declínio significativo das funções cognitivas” (Veríssimo, 2014, p. 45).

Alterações estruturais	Células e tecidos
	Composição global do corpo e peso
	Músculos, ossos e articulações
	Pele e tecido subcutâneo
	Tegumento
Alterações funcionais	Sistema cardiovascular
	Sistema respiratório
	Sistema renal e urinário
	Sistema gastrointestinal
	Sistema nervoso e sensorial
	Sistema endócrino e metabólico
	Sistema reprodutor
	Sistema imunitário
	Ritmos biológicos e sono

**Tabela 1.2.** - Alterações fisiológicas do envelhecimento (Berger & Poirier, 1995, cit. in Martins, 2003).

A anatomia do envelhecimento, conforme previamente destacada, descreve-se como intra e interindividual, na medida em que surgem razões do foro genético mas também ambiental e patológico – com eventuais estilos de vida adotados e doenças intercorrentes – que sustentam tal variabilidade.



### 1.2.2. Idade psicológica

A idade psicológica tem relação com o comportamento cognitivo-afetivo e com a capacidade funcional sendo definida pela auto-regulação do indivíduo e pelas mudanças nas funções psicológicas, como a memória, a inteligência e a tomada de decisões, e pela forma de lidar com o processo de senescência (Lima, 2010), através dessas características psicológicas.

Schneider e Irigaray (2008) argumentam que quando ocorrem lapsos de memória, de atenção e de orientação e dificuldade ao nível da aprendizagem é que se caracteriza o indivíduo como idoso, tendo como comparação as suas características cognitivas anteriores, sabendo-se que o processo de envelhecimento acarreta, naturalmente, a redução de algumas dessas capacidades. Os autores ressaltam, no entanto, que mais comumente tais perdas decorrem devido ao desuso das funções cognitivas; a doenças como a depressão; a factores psicológicos – por exemplo, desmotivação e falta de confiança – a factores comportamentais, a salientar o consumo de álcool e o uso de terapêutica; bem como a factores sociais, incluindo solidão e isolamento, mais do que devido ao envelhecimento em si.

O estudo de Argimon e Stein (2005 cit. *in* Schneider & Irigaray, 2008, p. 591) revela que o envelhecimento acarreta ligeiras alterações nas habilidades cognitivas – um declínio considerado pouco intenso – pois, contrariamente, na maioria dos casos, os problemas nas funções intelectuais verificam-se na presença de patologias. De destacar que o referido estudo aponta a escolaridade como um fator de proteção do declínio cognitivo, já que se observa uma melhor conservação de várias funções cognitivas analisadas em indivíduos mais instruídos.

### 1.2.3. Idade cultural e social

A propósito não só desta individualidade mas também do acréscimo de pessoas idosas nas sociedades, Lima (2010, p. 67) defende que é emergente “repensar questões como a idade da reforma e a obrigatoriedade da mesma, o lugar das pessoas idosas dentro da sociedade, a empatia intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e também da qualidade de vida das pessoas idosas”.

A idade cultural e social apresenta forte ligação com as raízes históricas e culturais de cada país ao abranger o papel, os estatutos e os hábitos que se espera que sejam adotados pela pessoa idosa segundo expectativas dos demais membros da sociedade, acabando por influenciar o “autoconceito do que é ser velho” e potenciando uma análise discriminatória da velhice – *agism* (idadismo) (Carvalho, 2013, p. 4). É nesta percepção que Araújo *et al.* (2010,

p. 46) apontam a velhice como um “constructo social”, balizado pela entrada na reforma aos 65 anos, nos países desenvolvidos, e aos 60 anos nos países em desenvolvimento, segundo a ONU, correspondente ao facto de a esperança de vida ser superior no primeiro grupo de países. “Socialmente, pode-se inferir que a pessoa é definida como idosa a partir do momento em que deixa o mercado de trabalho, isto é, quando se aposenta e deixa de ser economicamente ativa” (Schneider & Irigaray, 2008, p. 590).

Como argumentam Schneider e Irigaray (2008, p. 585), “condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso”. Os autores (p. 590) explicitam que a idade social é constituída por “*performances* individuais de papéis sociais” e envolve características como linguagem, hábitos, vestimenta e respeito social por parte de outros indivíduos em posição de liderança.

Há em cada época histórica de cada sociedade, critérios sociais estabelecidos para agrupar categorias etárias, associado também à cultura que apresenta um relevante contributo neste aspeto, pelo que a experiência de envelhecimento e velhice e o modo como as sociedades veem as pessoas idosas e o processo de envelhecimento variam no espaço temporal, geográfico e cultural. Os autores relacionam o pensamento voltado para “o crescimento, a força e o progresso” (Schneider & Irigaray, 2008, p. 587) das sociedades contemporâneas – sociedades de consumo - com a perda de valor e importância social das pessoas idosas, não obstante a potencialização da longevidade.

“A velhice começou a ser tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais a partir da segunda metade do século XIX” (Schneider & Irigaray, 2008, p. 586). Todavia, o conjunto de imagens negativas associadas à velhice - como perda e deterioração - não é universal, não se podendo generalizar para todas as pessoas idosas esta condição. Assume-se, tal como Gil (2007), que a velhice pode ser uma fase da vida rica em experiências sociais, saúde, qualidade de vida e fonte de bem-estar apesar das incapacidades associadas ao processo de envelhecer.

### **1.3. Oportunidades e desafios do envelhecimento**

O envelhecimento é um paradoxo: por um lado, evidencia-se como um triunfo do desenvolvimento da humanidade, dado que se conquista um aumento da longevidade em razão do progresso em várias áreas: nutrição, medicina, cuidados de saúde, condições sanitárias, ensino e bem-estar económico; e por outro lado o envelhecimento é

conceptualizado como uma questão social. O fenómeno tem sido problematizado nesse duplo sentido (Faleiros, 2013; Capucha, 2005).

Por um lado, é uma fase do ciclo vital propícia para novos conhecimentos, conquistas e papéis e para a continuidade do desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural. Efetivando a administração das transformações, numa lógica de potenciação dos recursos individuais, os saberes e as experiências acumuladas ao longo da vida das pessoas idosas podem ser otimizados e constituírem uma vantagem para a sociedade e para os próprios indivíduos. É relevante que as pessoas idosas realizem uma autoconstrução da sua identidade e subjetividade com vista aos ganhos (UNFPA & HelpAge International, 2012; Schneider & Irigaray, 2008). Debert (1999 cit. in Schneider & Irigaray, 2008, p. 591) apresenta o envelhecimento como a oportunidade para o início de uma vida social prazerosa, composta por atividades e lazer.

As pessoas idosas contribuem para a coesão das famílias e da comunidade. A família é um recurso essencial para promover a intergeracionalidade, justamente, entre as pessoas idosas e as gerações mais novas e vice-versa e para transmissão de cultura. Segundo Pereira (2012), é perceptível o contributo das pessoas idosas para o equilíbrio familiar, quando as pessoas idosas são autónomas, nomeadamente no cumprimento de tarefas domésticas, no acompanhamento dos netos e com alguma fonte de rendimento ou posse de bens. Além do mais, as pessoas idosas são agentes de socialização, no sentido em que transmitem aos restantes indivíduos os valores e as normas da ordem social, sendo também consideradas como “administradoras da cultura” (António, 2010, p. 40).

Ferrigno (2003 cit. in Pereira, 2012, p. 244) salienta algumas modalidades de conhecimento que as pessoas idosas podem oferecer aos mais novos, tais como saberes práticos do dia-a-dia, da natureza com as coisas e as pessoas; valores éticos como a honestidade e a solidariedade – segundo o autor esquecidas no processo civilizacional – modelos para o enfrentamento da doença e da morte; e histórias de família, da cidade e do país, que proporcionam o conhecimento sobre as suas origens. “Embora já não fazendo parte da população dita ativa, os mais idosos merecem ser chamados a participar nas resoluções de vários tipos de problemas da comunidade. Esta interação é vantajosa produzindo espaços e momentos socioculturais e afetivos significativos para os envolvidos” (Pereira, 2012, p. 245).

Se, por um lado, o envelhecimento da população representa um dos grandes ganhos da humanidade, por outro acarreta um rigoroso desafio tanto ao nível individual, como ao nível societário, com inúmeras implicações nas políticas públicas (Bárrios & Fernandes, 2014). O

envelhecimento entendido enquanto um desafio, necessita de ser entendido em toda a sua complexidade. António (2013, p. 82) explícita tais desafios para o indivíduo, como sendo a adaptação às alterações biológicas, psicológicas e sociais que decorrem do processo de envelhecimento e, para as sociedades, porque o incremento da população idosa tende a ser associado ao aumento de custos aos níveis da proteção social e da saúde, custos esses suportados pelas gerações mais jovens em número decrescente. Os desafios sociais, económicos e culturais ultrapassam as esferas individual e societária, estendendo-se igualmente às famílias e à comunidade global, pelo que será a forma como tais desafios serão tratados e como as oportunidades serão maximizadas, de uma exponente população idosa, que determinará a capacidade da sociedade em colher os benefícios do “dividendo da longevidade” (UNFPA & HelpAge, 2012, p. 3).

A este nível, Capucha (2014) sumariza alguns dos desafios sociais face ao envelhecimento da população, nomeadamente:

- A saída do mercado de trabalho - a reforma traduz-se na inatividade, de trabalhadores que se encontram na plena posse das suas capacidades como problema ao nível da identidade pessoal. Também as oportunidades de participação social (Bárrios & Fernandes, 2014) e o sentimento de utilidade se vão reduzindo, uma vez que o trabalho constitui a principal fonte de rendimento, estatuto e poder. António (2013, p. 84) associa a passagem à reforma a “perda de rendimentos e de identidade, uma vez que a atividade laboral é considerada como fator de integração social (...) mas também está associada ao isolamento, a solidão, a exclusão social e a perda de estatuto social”. Determinados autores alertam também para o facto de a própria idade da reforma ter deixado de coincidir com a velhice, pelo que o critério da idade cronológica perde eficácia para critérios funcionais no que diz respeito a capacidades individuais. Reconhece-se a possibilidade de redução de produtividade de um indivíduo ao envelhecer, por várias causas entre as quais a sua saúde, no entanto considera-se ainda assim o seu contributo útil, independentemente da idade, questionando a utilização numa ótica coletiva desse princípio de diminuição de produtividade individual, pois destaca-se que o envelhecimento da população resulta de importantes progressos sociais, entre as quais a maior qualificação dos indivíduos (Capucha, 2014; UNFPA & HelpAge Internacional, 2012; Mouro, 2013; Bárrios & Fernandes, 2014; Rosa, 2012);

- A progressiva perda de eficiência cognitiva e física - com perda de autonomia para o desempenho das tarefas comuns do quotidiano. Esta pode ser a situação mais comum sobretudo nas idades avançadas. Estas pessoas necessitam de ações de promoção da

independência e níveis de saúde e bem-estar adequados. Azeredo (2016, p. 22) aponta como grande resposta a este desafio a prevenção da doença e a promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida – muito antes de se atingir a velhice - de forma a prevenir incapacidades que muitas vezes culminam em dependência. O objetivo, refere a autora, é garantirmos uma “população mais ativa e saudável, economicamente mais produtiva e sobretudo a sentir-se bem”;

- A multimorbilidade – “que obriga os profissionais de saúde e outros a adquirir novos conhecimentos, para que possam lidar da melhor forma com as situações patológicas que se lhe deparam” (Azeredo, 2016, p. 24) e, ainda, de equipas multidisciplinares envolvidas (Bárrios & Fernandes, 2014);

- O empobrecimento deste grupo da população - para Wilkinson (1996 cit. *in* Capucha, 2014, p. 121), o empobrecimento da qualidade e da perda de densidade da vida social das pessoas idosas contribui para a sua privação de funcionalidade e de saúde, o que por sua vez origina o empobrecimento do quotidiano e o afastamento, em termos participativos, da vida comunitária – isolamento. Surge a necessidade de incrementar novas formas de organização social ajustadas para prestar cuidados a um número mais significativo de indivíduos garantindo o seu bem-estar e qualidade de vida;

- Sistemas de pensões e de saúde - estes podem estar desadequados perante a sociedade e a economia atuais. Discute-se a sua extinção face ao aumento de necessidades. Esta questão remete-nos para a incerteza da sustentabilidade do sistema de Segurança Social devido ao agravamento das despesas com pensões de velhice e ao aumento do esforço contributivo, sistema esse assente numa lógica de coesão geracional – modelo de repartição – que, por sua vez, pressupõe um equilíbrio estatístico entre a população ativa e a população reformada para que a sua aplicação prática seja funcional. Ora, as preocupações surgem quando há um risco nesse equilíbrio estatístico dado que diminui o número de pessoas em idade ativa por pessoa em idade idosa – consequência de um envelhecimento demográfico (Fernandes, 2005; Rosa, 2012; Mendes, 2011). “Este processo dá origem a novas dificuldades financeiras do sistema de pensões, implica o questionamento e a reformulação do modelo do cálculo das pensões, assim como problematiza a própria estrutura de atividade e de competitividade da economia dos países” (Paúl & Ribeiro, 2012, p. 186). Com efeito, também a pressão sobre o sistema público de saúde surge da consideração do envelhecimento demográfico, a par do incremento das necessidades de cuidados de saúde, sobretudo entre os mais velhos, em razão da longevidade. Tem-se verificado um dispêndio público de recursos

em cuidados de saúde e em serviços sociais - e o envolvimento de outros sectores - com acentuada duração e com possibilidades de institucionalização (Paúl & Ribeiro, 2012; Azeredo, 2016);

- A necessidade de recursos formais e de cuidadores disponíveis para responder às crescentes necessidades de cuidados. A crise financeira do estado e as mudanças familiares, com prejuízo do suporte social às pessoas idosas – acentuando-se a desproteção a estas últimas com a falta de comprometimento efetivo do Estado na organização das respostas sociais (Azeredo, 2016). “Com a diminuição de elementos por agregado sobretudo de gerações mais novas, contrapondo-se ao maior número de elementos para cuidar (muitos deles a não coabitarem e geograficamente distantes), levantam-se questões de como cuidar das gerações mais velhas” (Azeredo, 2016, p. 24);

- O idadismo e a discriminação pela idade é outra questão pertinente. Azeredo (2016, p. 22), considera a imagem social das pessoas idosas uma preocupação e, igualmente, um desafio com o progressivo envelhecimento da população, uma vez que “crenças e estereótipos mudam a uma velocidade mais lenta do que muda o indivíduo e a própria sociedade”. Rosa (2012, p. 20) aponta “os primórdios da Humanidade” como a época de valorização da velhice, que se encontrava associada a sabedoria e experiência, fundamentais para guiar os mais novos na agricultura, na pastorícia, na caça, na pesca ou na guerra. Mas foi como consequência de profundas alterações que se processaram no seio familiar e de trabalho - que caracterizaram a passagem da sociedade tradicional para a sociedade industrial - que “o idoso perdeu o seu estatuto de ancião” (Mouro, 2013, p. 17), enquanto patriarca e elo de continuidade intergeracional. Deixou assim de ser considerado como uma mais-valia no que concerne a conhecimento e a experiência – no passado, os mais velhos eram “veículos de transmissão” (Rodrigues, 2018, p. 27) de valores, comportamentos e saberes e, ainda, detentores de poder social e económico.

Estas são algumas das questões que são objeto de preocupação do Estado e da sociedade. Sobretudo quando o processo de envelhecimento se converte em problema social, não só pela vivificação da exclusão social, como também pela crescente vulnerabilidade e desproteção associadas – pilares que sustentam o envelhecimento como um problema social, segundo Mouro (2013). “Assim se compreende que: envelhecer tenha passado a ser equivalente a deixar de ter valor social; a reforma se tornasse sinónimo de desocupação, pauperização e perda de redes de suporte; a desproteção social tenha surgido da incerteza criada pelo desmembramento da família e pela arbitrariedade do Estado liberal” (Mouro,

2013, p. 18). Estas são algumas questões que nos desafiam a agir na área do envelhecimento e com o grupo das pessoas idosas.

#### 1.4. Envelhecimento: funcionalidade, dependência e capacidade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), o envelhecimento acarreta um conjunto de danos moleculares e celulares responsáveis pela perda gradual nas reservas fisiológicas, pela suscetibilidade a doenças – designado por fragilidade - nomeadamente doenças crónicas, e pelo declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Porém, apesar das diversas perdas em saúde associadas, normalmente, ao envelhecimento, é destacada a possibilidade de alcançar níveis aceitáveis de bem-estar físico, psicológico e social na velhice (Marques, 2012). É nesta lógica que Lima (2010, p. 29) considera que envelhecer não significa adoecer e que “a velhice não representa, necessariamente, incapacidade: embora possa, eventualmente, levar a perdas ou reduções da capacidade funcional, estas não impossibilitam a generalidade das pessoas de desenvolver uma vida plena. A velhice, como qualquer outra fase, possui a sua própria funcionalidade”.

As políticas devem focar-se na saúde e não na doença. Contudo, é importante esclarecer alguns conceitos que definem e conceptualizam as políticas enquanto parâmetros para a ação nesta área. Assim, a **funcionalidade** deriva da capacidade individual de adaptação às exigências e problemas do quotidiano, sendo avaliada de acordo com os níveis de independência na realização das atividades de vida diárias: atividades básicas da vida diária, atividades instrumentais da vida diária e atividades avançadas da vida diária. De facto, a presença de uma ou várias doenças crónicas ou a perda geral das funções fisiológicas atribuível ao processo global de senescência podem impossibilitar a realização de algumas atividades do quotidiano de forma independente (GEP, 2009; Caldas, 2003; Chau *et al.*, 2012; Sebastião *et al.*, 2011).

No primeiro caso, a incapacidade deriva de processos crónicos fortemente prevalentes nas idades mais avançadas, tais como doenças cardiovasculares, doenças do foro mental, doenças do aparelho músculo-esquelético e doenças do aparelho respiratório. A segunda razão prende-se com a perda de vitalidade, experimentada pela maioria dos organismos com a idade. “...o importante é perceber que ambas, doenças crónicas e processo de senescência, só surgem e provocam problemas de dependência em algumas pessoas de idade avançada” (Lima, 2010, p. 34).

A independência é definida pela OMS (2005, p. 14) como “a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros”.

Para a Direção-Geral de Saúde (2004, p. 1), “embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionados com situações suscetíveis de prevenção”. Todavia, embora se verifique um aumento das necessidades em cuidados de saúde devido à complexidade das patologias crónicas e incapacidades funcionais conforme as pessoas vão envelhecendo, os sistemas de saúde encontram-se, ainda, direcionados para o atendimento de condições agudas e incipientemente desenvolvidos para a continuidade, integração e proximidade nos cuidados que as doenças crónicas exigem, a par de uma coordenação entre estes cuidados e os apoios sociais – ou seja, de cuidados integrados (DGS, 2017).

De facto, um dos desafios possíveis do processo de envelhecimento e perante os quais os indivíduos se deparam quando surgem limitações no que respeita à sua funcionalidade – incapacidade – é a dependência. A dependência é definida pela “necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida (...) por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual” (GEP, 2009, p. 8) dos indivíduos. São apontadas tarefas de suma importância em termos de autossuficiência e de satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana as relacionadas com o autocuidado, os serviços domésticos e a mobilidade que compõem as habitualmente designadas “atividades de vida diárias” – AVD’s. Estas decompõem-se em: atividades básicas relacionadas com o autocuidado, incluindo os atos de vestir, a higiene pessoal, a alimentação, a locomoção e a capacidade de controlar os esfíncteres; atividades instrumentais que refletem uma vida independente no seio da comunidade e abrangem atividades como realizar compras, trabalhos domésticos e preparar refeições bem como, administrar a própria terapêutica, gerir rendimentos e utilizar meios de transporte; atividades avançadas que implicam um certo nível de automotivação na prática de atividades tais como sociais e de lazer, exercício físico e, inclusive, trabalho (GEP, 2009; Caldas, 2003; Chau *et al.*, 2012; Sebastião *et al.*, 2011).

Vários são os autores que classificam a dependência em dois ou três graus: ligeira ou baixa quando existe independência no entanto, urge a necessidade de uma certa supervisão na



realização das tarefas quotidianas; moderada ou média quando acresce a necessidade de apoio para várias tarefas básicas diárias; e grave ou elevada quando é necessário prestar suporte total e permanente num conjunto de atividades de vida diárias (GEP, 2009; Sebastião *et al.*, 2011; Caldas, 2003).

Em termos de política social, a Segurança Social (GEP, 2009) suporta-se noutra avaliação no que respeita à dependência, nomeadamente para a atribuição da prestação social de Complemento por Dependência, a destacar: 1º grau quando os indivíduos carecem de apoio ao nível de várias tarefas básicas, nomeadamente cuidados de higiene, locomoção e alimentação; 2º grau quando se apresenta uma incapacidade mais gravosa tais como situações de acamamento ou quadros de demência grave. Segundo Gil (2007), a incapacidade atinge sobretudo os indivíduos com idades mais avançadas e a incapacidade considerada severa tem prevalência nos grupos etários com mais de 75 anos e, também atinge, em maior percentagem, o grupo das mulheres.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015; OMS, 2017b) considera que as políticas têm de centrar-se no aumento da capacidade funcional das pessoas idosas. A este nível define: a capacidade intrínseca (CI) como a combinação das capacidades físicas e mentais do indivíduo, incluindo psicológicas; e a capacidade funcional (AF) como a combinação e interação da CI com o ambiente que uma pessoa habita.

A capacidade funcional é definida como os “atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam e façam o que têm razão para valorizar” composto de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode aspirar. A noção de ambiente também é destacada. Os ambientes incluem todos os fatores físicos e sociais que constituem o mundo em que vivemos, como são exemplo as acessibilidades, pessoas e seus relacionamentos, atitudes e valores, sistemas e políticas de saúde e de apoio social e os serviços que as implementam (Ibidem).

No âmbito das investigações sobre a funcionalidade das pessoas idosas, é importante ter atenção a estas questões já que sobrevém o alerta para os elevados níveis de incapacidade e consequentemente, de dependência na população mais envelhecida, mas por outro surgem diversos estudos de caso cujos resultados indicam um elevado nível de independência nas amostras de população idosa. De acordo com o Inquérito às Condições de Vida do INE (2009, cit *in* Chau *et. al*, 2012), 39,1% da população portuguesa com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos indica deter alguma limitação nas AVD’S e 19,8% refere sérias dificuldades em tais atividades.

Quando a análise se coloca perante o grupo de pessoas muito envelhecidas (75 e mais anos), as limitações agravam-se – 38,9% refere alguma limitação nas AVD's e 37,9% enfrenta diariamente severas limitações em tais atividades, o que posiciona Portugal no 2º lugar quanto às mais elevadas taxas de população idosa com limitações nas AVD's no quadro da UE. Os estudos de Maia (2017), de Marques (2012) e de Silva, Casotti e Silva (2016) corroboram que existe um considerável grau de funcionalidade na maioria dos elementos investigados por si, o que traduz a sua independência em grande parte das AVD's. Neste sentido, depreende-se que a análise sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida do grupo de pessoas idosas traz à tona, novamente, o fator heterogeneidade em torno do mesmo.

Para Camarano (2008 cit. *in* Junior *et al.*, 2016, p. 405), “o envelhecimento da população implica uma maior exposição da população a doenças degenerativas com consequente perda de autonomia e independência”, pelo que se considera que a determinação das condições de saúde das pessoas idosas deve ir além da ausência de doença e considerar um nível satisfatório de independência funcional. A este propósito, Marques (2012) destaca a autonomia e a independência em diferentes contextos da vida pessoal como sendo os aspetos distinguidos nas investigações sobre qualidade de vida das pessoas idosas, uma vez que os resultados de tais estudos apontam o impacto deveras negativo da deterioração das capacidades funcionais sobre muitos outros aspetos da vida.

Assim, quando relacionamos o nível de independência das pessoas idosas com as suas perceções sobre qualidade de vida, os resultados são mais favoráveis para as mais independentes. “Na verdade, é a perda de independência que determina a maior necessidade de apoio e, em muitos casos, o afastamento do meio familiar e comunitário natural (Marques, 2012, p. 158). No estudo apresentado pela autora (op.cit) 87,3% das pessoas idosas tem algum tipo de patologia, verificando-se que os indivíduos que não sofrem de doenças tendem a perceber melhor qualidade de vida. Por sua vez, a qualidade de vida é um conceito vasto, com uma componente de subjetividade, abrangendo o estado psicológico, o nível de independência, a saúde, as relações sociais, a condição socioeconómica, a habitação, a educação, o emprego, as crenças e as convicções pessoais (Marques, 2012). Nesta lógica, aponta-se a funcionalidade como um paradigma para a saúde da pessoa idosa, “que passa a ser um dos mais importantes atributos do envelhecimento humano “ (Junior *et al.*, 2016, p. 405).

Com o avançar da idade, numerosas alterações ocorrem e o risco das pessoas idosas desenvolverem doenças crónicas e situações de dependência aumenta (OMS, 2017b). As doenças crónicas constituem as principais causas de morbilidade, incapacidade e mortalidade

das pessoas idosas em todo o mundo, a distinguir as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas, a hipertensão, as doenças músculo-esqueléticas (como artrite, artrose e osteoporose), a diabetes, o acidente vascular cerebral, as doenças respiratórias crónicas e os distúrbios neurológicos e mentais (como a demência e a depressão) (DGS, 2017; OMS, 2005). Estas, não só afetam notoriamente as próprias pessoas idosas, como também as suas famílias, os sistemas social e de saúde e a economia, dado que as pessoas idosas que apresentam tais problemas de saúde ou dependência necessitam de mais cuidados de saúde e de apoio social, acabando por envolver a família, os serviços de saúde e as instituições da economia social para lhes prestar suporte e promover o seu bem-estar.

A Direção-Geral de Saúde (2017, p. 12) salienta que “o aumento da sobrevivência na presença destas doenças também resulta na perda de funcionalidade em idades mais avançadas”, confirmando-se pela sua responsabilidade em 88% dos anos de vida vividos com incapacidade, em Portugal – com predominância das doenças músculo-esqueléticas (30,5%) e das perturbações mentais e do comportamento (20,5%). Ainda, destacam-se valores do ano de 2013 no que concerne à incidência de doenças crónicas na população idosa, de acordo, igualmente, com a Direção-Geral de Saúde (2015): 65% das pessoas idosas com idade entre os 65 e os 74 anos e 75% nos indivíduos com 75 e mais anos, com relevância para as mulheres (66% no primeiro grupo de idades e 77% para as mulheres com 75 e mais anos), comparativamente com o sexo masculino (apresentando valores de 62% e 71%, respetivamente).

Perante a interrogação da evolução da saúde e da incapacidade de sociedades em progressivo e exponencial envelhecimento, o debate é extenso abarcando perspetivas mais pessimistas como a ideia de uma “pandemia dos problemas mentais, doenças crónicas e incapacitantes” (Kramer, 1980 cit. in Gil, 2007, p. 26), em que o aumento da esperança de vida e a redução da mortalidade se traduzem no prolongamento, no tempo, das doenças crónicas e da manifestação de limitações na funcionalidade. Por outro lado, autores como Manton defendem que a evolução da esperança de vida será acompanhada de qualidade nos anos a mais vividos, na medida em que as doenças crónicas, cada vez mais frequentes, mas por outro lado, mais tardias, serão também menos severas, uma vez decorrentes avanços ao nível da medicina e na adoção de estilos de vida saudáveis – ao que se insere a teoria da “compressão da morbilidade”, proposta por Fries em 1988. Ao invés, os defensores da “teoria da expansão da morbilidade” argumentam que os progressos nos tratamentos médicos somente irão contribuir para o prolongamento da vida dos indivíduos que sofrem de doenças,

sem que tal corresponda a ganhos em saúde e, conseqüentemente, em qualidade de vida (Sebastião *et al.*, 2011; Gil, 2007).

É na sequência dos dados evidenciados que é comum na literatura a apreensão de que “viver mais também significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a dependência física, mental e também económica, a estigmatização...” (Direção Geral de Saúde, 2017, p. 11). Mas o envelhecimento não deve ser concebido só como um risco, uma vez que é um direito dos cidadãos a garantia de qualidade no último troço da vida, cada vez mais longo para a maioria das pessoas, cabendo às políticas públicas responder, atual e futuramente, às necessidades emergentes com o envelhecimento e assegurar a solidariedade intergeracional (Capucha, 2005). Assim, “de pouco vale ter um maior número de anos para viver se tal não for acompanhado da melhoria ou manutenção da saúde e do acesso a serviços que respondam às necessidades efetivas da população idosa, com o objetivo não só de que o ser humano viva mais tempo, mas igualmente que viva melhor” (Maia, 2017, p. 160).

Para que o envelhecimento seja vivido com qualidade de vida, é necessário desenvolver, qualitativa e quantitativamente, a rede de prestação de cuidados e de serviços sociais, com particular investimento do sector público não só em consideração às necessidades das pessoas idosas, mas também – e não menos relevante - às suas potencialidades e, igualmente, do sistema de segurança social, segundo Capucha (2005), através do aumento das pensões mais reduzidas. Com efeito, a elaboração de políticas públicas voltadas para estas questões deve reforçar a prevenção de doenças crónicas, a assistência à saúde das pessoas idosas na manutenção e recuperação de autonomia e a atenção curativa, com enfoque nas seguintes vertentes: autonomia, cuidado e participação social (Junior *et al.*, 2016).

### **1.5. Da dependência à institucionalização**

A dependência e a incapacidade remetem para a necessidade de cuidados e, por vezes, da institucionalização. A institucionalização é, para muitas pessoas idosas, o último recurso e raramente é encarada como projeto de vida. Porém, nos últimos anos a institucionalização tornou-se uma resposta em crescendo devido ao aumento da longevidade e à necessidade das pessoas idosas serem cuidadas por cuidadores formais. A este nível, há um conjunto de respostas, ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas), que se encontram

regulamentadas com uma gama de serviços especializados e qualificados que visam a garantia do bem-estar biopsicossocial dos indivíduos institucionalizados, todavia, a realidade nem sempre assim foi descrita.

Vários são os estudos que tratam o tema da institucionalização, em diferentes matérias, em consonância com a expansão quantitativa e qualitativa das ERPI nas últimas décadas face às necessidades sentidas pelas pessoas idosas. Os estudos de Carrilho, Gameiro e Ribeiro (2015), de Marques, Correia, Pires e Pereira (2009) e de Guedes (2014), evidenciam que foi a partir dos anos 50 que a investigação sobre as estruturas residenciais se evidenciou como resposta às necessidades das pessoas idosas, principalmente com interesse no impacto da experiência/repercussão da institucionalização nesses indivíduos. Estes estudos destacam os efeitos negativos implicados pelo abandono definitivo do espaço físico familiar e redução dos contactos efetuados com a rede relacional até então dominante e pela modificação do ambiente para uma vida formalmente administrada por terceiros (Daniel, 2009).

Esta pesquisas demonstram também que foi a partir de meados do século XIX que começaram a surgir as primeiras instituições dedicadas à gestão da velhice, nomeadamente os denominados “Asilos”<sup>1</sup> ou “Hospitais Menores” que se encontravam ao cuidado da Igreja. Estas instituições “depositárias” (Simões, 2013, p. 33) detinham uma lotação prevista de 220 pessoas distribuídas por imensas camaratas e o seu objetivo era atender os problemas da população idosa de forma incipiente e básica (Simões, 2013; Guedes, 2014; Daniel, 2009; Alves *et al.*, 2017).

Este modelo institucional surgiu na Europa no século XVI, destinado a acolher doentes mentais, marginais e velhos e caracterizava-se por cuidados de baixa qualidade e por regras bastante rígidas a par de um sentimento de solidão e de abandono relatado pelos residentes, compondo assim uma imagem negativa que ainda subsiste nos dias de hoje associada à institucionalização, não obstante os progressos realizados na qualificação desta resposta. Acompanhando a noção de que seria premente melhorar as condições de acolhimento nos Asilos, outras denominações foram surgindo para estas instituições e que são mais usuais atualmente, tais como casa de repouso, lar, clínica geriátrica, entre outros.

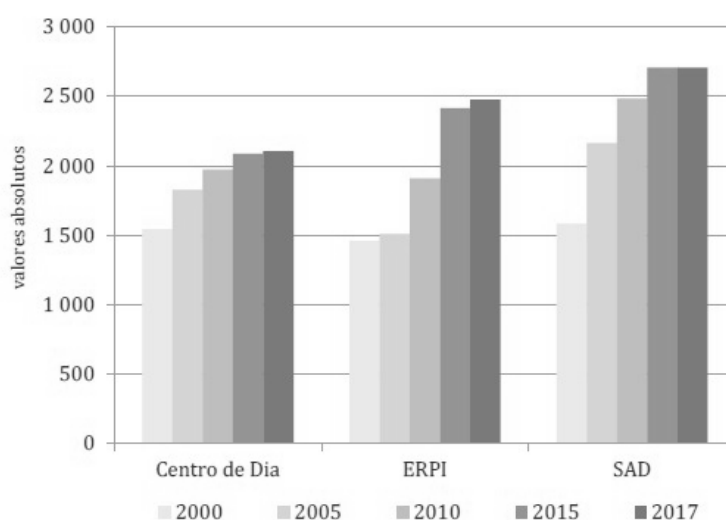
Considera-se que uma pessoa idosa está institucionalizada quando se encontra “durante 24 horas ou parte, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família” (Pereira, 2012, p. 133). De fato, o motivo principal de ingresso em estruturas residenciais –

---

<sup>1</sup> Simões (2013, p. 37) explicita que o termo “asilos” é originário do grego “asylon”, que significa refúgio, local, de amparo e de proteção.

66% (GEP, Carta Social, 2005) - está diretamente relacionado com a incapacidade da pessoa idosa, num determinado momento da sua vida, em gerir as suas AVD's, coexistindo esta incapacidade com a impossibilidade da família em garantir o apoio necessário (Carta social, 2017; GEP, 2017a).

As respostas para as pessoas idosas representavam, em 2017, 41,5% do universo das respostas. Dessas, as que apresentaram maior crescimento nesse ano foram a ERPI e o Serviço de Apoio Domiciliário (70% e 71%, respetivamente), por comparação a 2000. Relativamente às ERPI, se no ano de 2000 existiam cerca de 1500 equipamentos, em 2017 contabilizaram-se aproximadamente 2500 (GEP, 2017b, p. 43), verificando-se uma relevante expansão desta resposta, tratando-se de Instituições Particulares de Solidariedade Social – instituições constituídas sem finalidade lucrativa – ou de lares pertencentes ao terceiro sector com fins lucrativos.

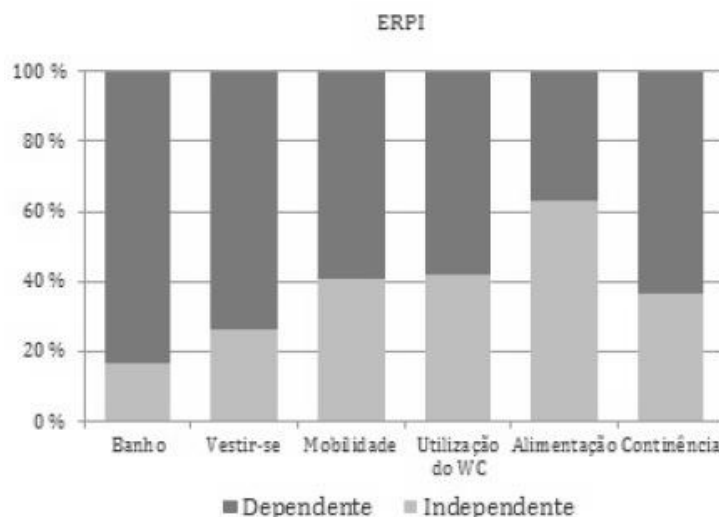


**Figura 1.1.** - Evolução do número de respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 2000-2017 (GEP, 2017b).

O número de lugares/capacidade para acolher as pessoas idosas também se elevou, pelo que em 2017 existe capacidade em todo o território nacional para prestar apoio institucional a quase 100 000 pessoas idosas, dados da Carta Social (GEP, 2017b, p. 44). Quanto às taxas de ocupação, as ERPI têm apresentado valores acima dos 90% - fixando-se em 2017 em 92,6% (GEP, 2017b, p. 48).

Na análise dos níveis de dependência dos beneficiários das principais respostas sociais para pessoas idosas, verifica-se que os mais elevados graus se encontram nas ERPI, em todas as atividades avaliadas, por oposição às restantes respostas nas quais a maioria dos residentes

é independente na generalidade das tarefas: a ERPI é a resposta com maior incidência de dependentes ou grandes dependentes (aproximadamente 50%) e é composta, maioritariamente, por pessoas idosas com 80 ou mais anos (72,5%) (GEP, 2017b).



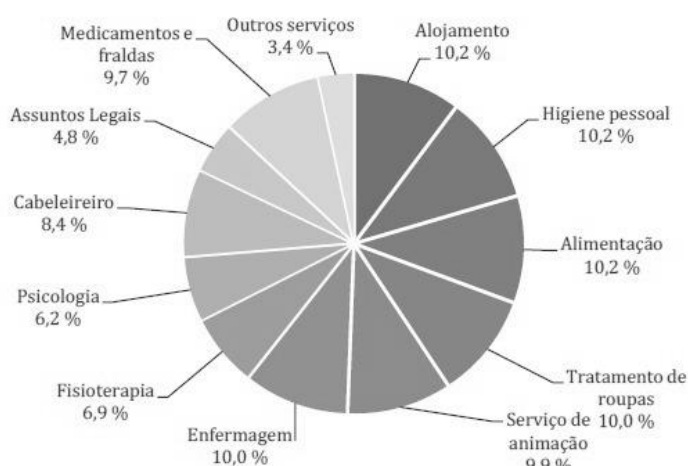
**Figura 1.2.** - Distribuição percentual dos residentes em ERPI por capacidade de realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), 2017 (GEP, 2017).

No âmbito da política social para o envelhecimento, as ERPI são consideradas “estabelecimentos em que são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos residentes” (Pereira, 2012, p. 134). Em Portugal, a Portaria n.º 67/2012, de 21 de Março clarifica as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as ERPI, sujeitas a fiscalização e supervisão em termos da qualidade dos serviços prestados através de vistorias regulares por parte do Instituto da Segurança Social I.P.

A mesma portaria define as ERPI como “estabelecimentos para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (Artigo 1.º), cujos objetivos são: providenciar serviços constantes e adequados face às necessidades biopsicossociais das pessoas idosas; promover a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições para a preservação da relação familiar; fomentar a integração social, segundo princípios de qualidade, eficiência, humanização, respeito pela individualidade e interdisciplinaridade; promover e manter a funcionalidade e autonomia e efetuar a avaliação integral das necessidades dos residentes. Pode, ainda, assumir uma das seguintes modalidades de

alojamento: tipologias habitacionais nas quais se incluem apartamentos e moradias; quartos e tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.

As ERPI devem proporcionar, essencialmente, um conjunto de atividades e serviços tais como: alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas, cuidados de higiene pessoal, tratamento de roupa, higiene dos espaços, atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais, fundamentais para o fomento de um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas, apoio no desempenho das AVD's, cuidados de enfermagem e acesso a cuidados de saúde e, por último, administração de fármacos, quando prescritos (Artigo 8.º da Portaria n.º 67/2012, de 21 de Março).



**Figura 1.3.** - Distribuição percentual dos residentes em ERPI por serviços prestados, 2017 (GEP, 2017b).

## Capítulo 2. Envelhecimento, velhice e saúde

### 2.1. A preocupação (inter)nacional com o envelhecimento ativo e saudável

#### 2.1.1. Envelhecimento na agenda das políticas públicas

No âmbito da política pública, o envelhecimento ganhou destaque a partir da primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, das Nações Unidas, que ocorreu em Viena, em 1982. Este foi o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa. Esta assembleia, designada como o Primeiro Fórum Global



Intergovernamental, focou-se no tema do envelhecimento populacional e representou um distinto avanço em termos estratégicos, uma vez que até então o envelhecimento não era objeto de atenção globalmente. Aqui foi aprovado o Plano de Ação Internacional cujos objetivos eram garantir a segurança económica e social das pessoas idosas assim como identificar as oportunidades para a sua integração ativa no desenvolvimento dos países, através de 62 recomendações para os estados-membros implementarem, referentes às seguintes áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de rendimento e emprego e educação.

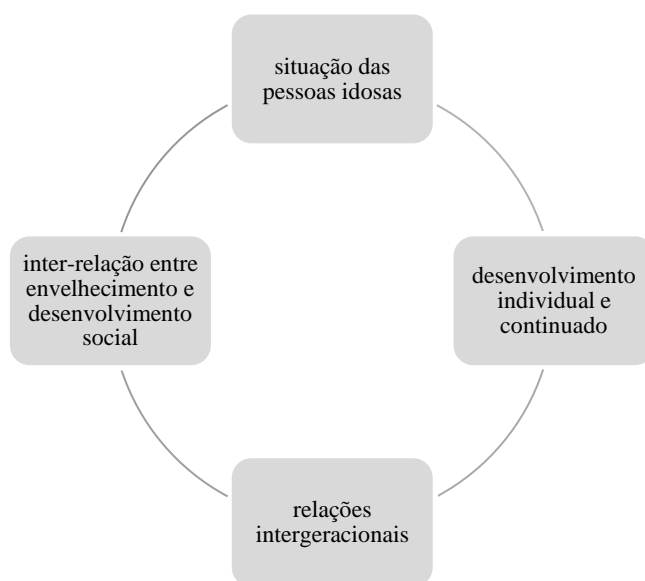
O principal ganho com a I Assembleia Mundial de Viena foi o reconhecimento e a sensibilização, a nível mundial, para as questões do envelhecimento individual e da população, colocando a problemática na agenda internacional. As recomendações deliberadas visaram promover a independência da pessoa idosa e dotá-la de meios físicos e financeiros para a sua autonomia, no entanto, a execução do plano subordinava-se a uma elevada alocação de recursos, nomeadamente nas provisões de pensões e na assistência à saúde para as pessoas idosas, o que constituiu um particular obstáculo para os países em desenvolvimento (Camarano & Pasinato, 2004; António, 2013).

No ano de 1991, desenvolveu-se nova Assembleia Geral das Nações Unidas em prol das pessoas idosas onde foram adotados 18 princípios para a defesa dos direitos destes últimos, que seguem em conformidade com o Plano de Ação de Viena, em plena consciência da evolução demográfica, do seu impacto e dos caminhos apontados pelos estudos praticados. Tais direitos são agrupados em cinco grandes temas a destacar – os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas:

- Independência – requer políticas públicas que garantam a autonomia física e financeira no acesso a direitos básicos de todos os seres humanos, tais como alimentação, saúde, habitação, trabalho e educação;
- Participação – com este princípio procura-se manter as pessoas idosas integradas nas sociedades, através de um ambiente propício à partilha e experiência dos seus conhecimentos e habilidades e à socialização;
- Cuidados – implica proporcionar o acesso a cuidados familiares ou institucionais;
- Autorrealização – significa permitir o desenvolvimento do potencial das pessoas idosas por meio de acesso a recursos culturais, educacionais, espirituais e recreativos;

- Dignidade – aponta para a salvaguarda de uma vida plena, digna, segura e com respeitabilidade, livre de toda e qualquer forma de exploração ou maus-tratos.

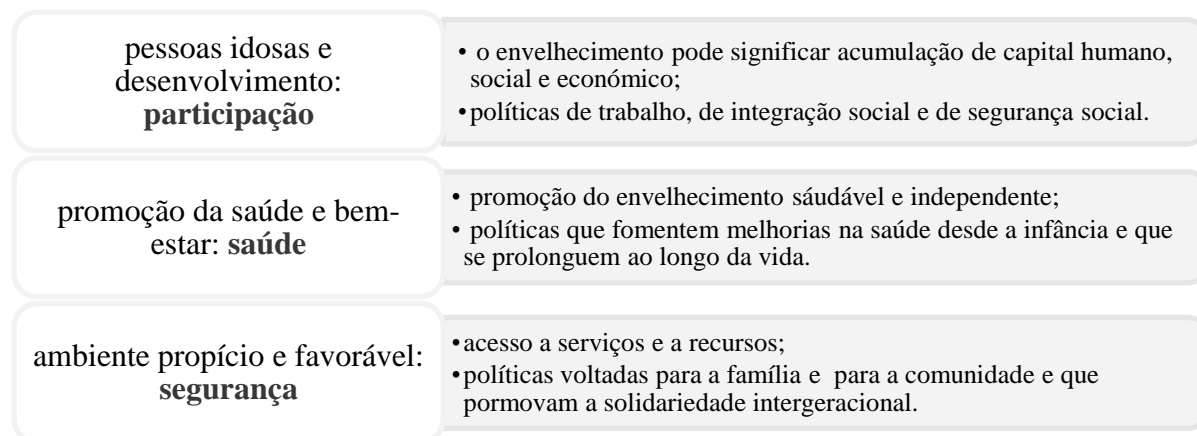
Em 1999 esta entidade declarou o Ano Internacional das Pessoas Idosas com o *slogan* “sociedade para todas as idades”, sendo que para tal é fundamental a focalização no desenvolvimento individual durante toda a vida – projeto de vida – e a promoção da integração das pessoas idosas na sociedade, ressaltando-se quatro áreas de atuação (Camarano & Pasinato, 2004; António, 2013):



**Figura 2.1.** – Áreas de atuação decorrentes do Ano Internacional das Pessoas Idosas.

Em 2002 assiste-se à II Assembleia Mundial de Madrid sobre o envelhecimento, na sequência das crescentes preocupações com os desafios do envelhecimento e com a necessidade de ajustar políticas e práticas para satisfazer as potencialidades deste, numa lógica de mudança de paradigma na intervenção com pessoas idosas. O Plano de Viena foi revisto e foram aprovados uma nova declaração política e um novo plano de ação orientado para a adoção de normativos sobre o envelhecimento no século XXI - o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre Envelhecimento Ativo, que contou com 35 objetivos e 239 recomendações abrangendo três esferas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar e ambiente propício e favorável ao envelhecimento. “Os governos comprometeram-se a assegurar a plena proteção e promoção dos direitos humanos e liberdades fundamentais, reconhecendo que, quando envelhecem, as pessoas deveriam ter

oportunidades de realização pessoal, de levar uma existência saudável e segura e de participar ativamente na vida económica, social, cultural e política” (Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal, s.d., p. 1).



**Figura 2.2.** - Pilares do envelhecimento ativo (Adaptado de Camarano & Pasinato, 2004).

A integração da noção de Envelhecimento Ativo no âmbito da política de envelhecimento expressa o empenho da ONU em assegurar que todos os segmentos da população possam envelhecer com segurança e dignidade e continuar a participar nas respetivas sociedades como cidadãos com plenos direitos. A ratificação da declaração política de implementação deste plano comprometeu os respetivos governos a incluir o envelhecimento em todas as políticas de desenvolvimento social e económico, reconhecendo, pela primeira vez, as pessoas mais velhas como contribuintes para o empoderamento das sociedades e como decisoras políticas.

Ademais, as recomendações do Plano de Madrid incluem a colaboração da sociedade civil e parcerias com o sector privado. Ainda assim, são apontadas como críticas: a prioridade das ações políticas para o género feminino (desvalorizando as necessidades específicas dos homens no processo de envelhecimento), a desconsideração pelas diversidades regionais e, novamente, a não previsão de recursos para a implementação das medidas preconizadas. “Quando o envelhecimento é aceite como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Artigo 6º).

Em 2012, decorre ainda o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações onde se sensibilizou, novamente, para a relevância do contributo das pessoas idosas para a sociedade, havendo troca de sinergias entre os estados-membros, e se promoveu

uma cultura de envelhecimento ativo ao longo da vida, desde o âmbito profissional às atividades comunitárias e familiares, consoante as capacidades de cada idade, de forma saudável e independente, sendo este o alicerce para a solidariedade entre gerações.

### **2.1.2. Orientações internacionais para um envelhecimento ativo e saudável**

A noção de envelhecimento ativo e saudável foi proposto pela Organização Mundial de Saúde em 2002 e tem sido consensualmente adotado como uma política de saúde para o século XXI. Consiste no processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento, sendo um modelo positivo que dirige a sua atenção, não só às necessidades, mas também aos direitos das pessoas idosas, envolvendo estas próprias, as famílias e a comunidade numa responsabilização coletiva. “Envelhecer ativamente não é apenas envelhecer com saúde, é preciso manter o exercício da cidadania em todo o ciclo de vida incluindo a velhice” (Maia, 2017, p. 160). Uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, que constituem então os pilares do envelhecimento ativo (OMS, 2005; Maia, 2017; Paúl, 2005; Bárrios & Fernandes, 2014):

- Saúde: significa prevenir as doenças, nomeadamente as crónicas, ao longo de todo o ciclo de vida e evitar o declínio funcional de modo que se elevem as possibilidades de autocuidado, independência e qualidade de vida. “Os problemas de saúde constituem a primeira preocupação das pessoas idosas” (Maia, 2017, p. 160), sendo que a realização das atividades básicas da vida diárias é necessária para a sua sobrevivência e para a sua participação na gestão do quotidiano, sendo também a base para a participação nos seios familiar e comunitário. Desta forma, a saúde das pessoas idosas encontra uma estreita relação com a independência funcional, na habilidade e no desempenho de determinadas tarefas do dia-a-dia. “As famílias e os indivíduos precisam de planear e de preparar a velhice e precisam de se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida” (OMS, 2005, p. 18). Importa uma concretização contínua do potencial de bem-estar em que as componentes mental e social apresentam o mesmo valor que a física (Almeida, 2007);

- Segurança: compreende as dimensões física, social e financeira e é assegurada quando as necessidades das pessoas idosas são satisfeitas e os seus direitos são garantidos. A estas deve ser facultado apoio, assistência, cuidados, proteção e dignidade nesse sentido;
- Participação: parte da vontade, da capacidade e dos interesses individuais, mas também das oportunidades concebidas pela comunidade. “O termo «ativo» refere-se à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, ou seja, vai muito além da possibilidade de ser física e profissionalmente ativo” (DGS, 2017, p. 8) e da simples assunção das pessoas idosas como recetoras passivas de cuidados. As pessoas mais velhas podem continuar a contribuir ativamente para os seus familiares, companheiros, comunidades e países, pelo que existem razões económicas vantajosas na implementação de programas e políticas que fomentem o envelhecimento ativo, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados (OMS, 2005; Bárrios & Fernandes, 2014).

A abordagem do envelhecimento ativo rege-se pelos direitos humanos das pessoas idosas e pelos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela ONU. O enfoque passa das necessidades dos indivíduos para os seus direitos, o que permite o reconhecimento da igualdade de oportunidades e tratamento em todo o ciclo de vida, enquanto se envelhece. Neste sentido, reconhece também a responsabilidade dos mais velhos no modo como vivem a velhice, tanto em termos participativos como em termos da sua qualidade de vida.

Quanto a este aspeto, os determinantes da saúde são os fatores com influência na saúde individual e coletiva, sendo genéticos e biológicos – idade, sexo, fatores genéticos – comportamentais - relacionados com os estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual) - sociais e económicos - emprego, posição socioeconómica, exclusão social - ambientais - habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social - ou, por último, relacionado com o acesso a serviços - educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer (Loureiro & Miranda, 2010). Assim sendo, alcançar um envelhecimento ativo implica agir, holisticamente, sobre vários sectores que não só os serviços sociais e de saúde, pois bem: a educação, o emprego, a segurança social, a habitação, os transportes, a justiça e o desenvolvimento rural e urbano e empenha a envolvimento das pessoas idosas no planeamento, na implementação e na avaliação de políticas e programas relacionados ao envelhecimento ativo – *stakeholders* (OMS, 2005).

### 2.1.3. Orientações da política de envelhecimento em Portugal

Em Portugal, efetivamente, a Política de Envelhecimento dirigida às pessoas idosas ainda tem um grande caminho a percorrer, para realizar a gestão das várias medidas, estratégias e equipamentos que dão resposta às necessidades das pessoas idosas e que compõem atualmente as políticas de velhice, ao invés desarticuladas, como se justificará adiante.

O artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa (Terceira Idade) reconhece os direitos da população idosa como sendo a segurança económica e condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social por via de políticas de cariz social, económico e cultural que acautelem a sua realização pessoal e a sua participação em termos comunitários. Reconhece-se a consciência da particular vulnerabilidade deste grupo populacional no âmbito político, pelo seu enfoque nas questões da exclusão social e da marginalidade a que podem ser sujeitas as pessoas idosas, pelo que as medidas adotadas visam colmatar as suas necessidades, no entanto, sem grande investimento efetivo nos pressupostos de um envelhecimento ativo – ao que Capucha (2014, p. 124) denomina de “políticas a favor das pessoas idosas como ativos sociais e económicos”, vantajosas em termos individuais e coletivos.

Para Fernandes (1997 cit. in António, 2013, p. 86) as políticas sociais de velhice entendem-se como o “conjunto das intervenções públicas ou ações coletivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade” e que têm por finalidade colmatar as necessidades da população idosa que decorrem da sua entrada na velhice. Como explícitas incluem-se as pensões atribuídas às pessoas idosas - de velhice, de viuvez, de sobrevivência e de invalidez – e quanto às implícitas destacam-se medidas como a isenção das taxas moderadoras, a redução do custo dos medicamentos e/ou dos exames complementares de diagnóstico, bem como o rendimento mínimo garantido e o subsídio de rendas de habitação. Analisando as políticas da terceira idade em termos evolutivos, à escala nacional, podem destacar-se quatro períodos (Cardoso *et al.*, 2012; António, 2013):

- Entre 1976 e 1985: foi estabelecido o artigo 72.º na Constituição da República Portuguesa de 1976 que veio modificar o modo de gerir a velhice e despoletar uma visão mais positiva das pessoas idosas, como indivíduos ativos e autónomos. A ideia de envelhecer na comunidade e em família tem sido destaque neste tipo de políticas. Este tipo de orientação também denominado de *Ageing in Place*, tem sido efetuado através do desenvolvimento de equipamentos e serviços de apoio nomeadamente a transformação dos Asilos em lares e o

incremento de Centros de Dia, Apoio Domiciliário e Centros de Convívio por forma a integrar as pessoas idosas no seu meio natural de vida, fomentar o convívio, reduzir o isolamento e prestar algum apoio em termos de refeições e de atividades recreativas bem como fornecer informação sobre cuidados de saúde, numa aposta clara de manutenção das pessoas idosas nos seus domicílios mas, igualmente, de redução de despesas do Estado com o envelhecimento;

- Entre 1985 e 1995: o Estado continua a sua aposta na manutenção das pessoas idosas no seu contexto natural de vida e em recuar em termos financeiros na proteção social ao transferir serviços públicos para o sector privado, conforme se verificou na saúde, traduzindo-se na criação de instituições sem fins lucrativos com intervenção na ação social, principalmente na área da terceira idade. A entrada do país na Comunidade Económica Europeia, em 1986, fomentou o desenvolvimento e o financiamento, a par de outros sectores, de projetos e medidas de gestão de velhice – Programa de Apoio Comunitário (1991), Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII, 1994), entre outros;

- Entre 1995 e 2002: período caracterizado pela evolução do investimento e do suporte a projetos direcionados para as necessidades das pessoas idosas – destaca-se a criação do Programa Idoso em Lar (PILAR) em 1997 - e pelo estabelecimento de *guidelines* internacionais da ONU e da OMS, orientadores das políticas nacionais, conforme já enunciado. Surge, ainda, uma visão das pessoas idosas como potenciais consumidoras e a consolidação de um mercado voltado para si: turismo, residências tipo hotel e cartão do idoso;

- Entre 2002 e a atualidade: as medidas e os programas criados desde então objetivam maior autonomia para as pessoas idosas, prevenção de situações de dependência e de institucionalização, prevenção de casos de pobreza e de exclusão social e manutenção das pessoas idosas nas suas residências, de que são exemplo o Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE, 2004), a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI, 2006) e o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI, 2007).

Com o início das políticas de austeridade, em 2008, intensificou-se o desinvestimento público e aumentou a responsabilidade individual com o recuo do Estado Social. Foi efetuado um reforço do *welfare mix* com maior presença do sistema privado e com consequente redução da qualidade das políticas e da sua cobertura a populações com menos recursos. De entre uma “espiral recessiva”, Capucha (2014, p. 123) salienta como efeitos diretos para a população idosa a descida do valor das pensões, incluindo as mais baixas, o corte em medidas de apoio aos rendimentos dos mais pobres e de “luta” contra a pobreza e a interrupção de

programas de criação de novos e mais inclusivos equipamentos sociais de apoio a estes, “considerados como despesa inoportuna para o Estado” (Capucha, 2014, p. 124). A juntar, as famílias, com ação progressivamente mais limitada pelas suas próprias contingências e recursos, são chamadas a contribuir ainda mais para o financiamento do sistema de saúde e como principal suporte às pessoas idosas, ao mesmo tempo que surgem sinais alarmantes no recuo da qualidade dos serviços públicos de direito. Opções políticas que, para o autor (op. cit), produzem mais desigualdades, recessão e exaustão dos sectores mais frágeis da sociedade.

Assim, “o mercado, fazendo embora parte da *policy-mix* de apoio às pessoas idosas, tem um papel geralmente negativo, pois o mercado é também gerador de desigualdades sociais e de discriminação. Esta, no caso das pessoas idosas, é dupla: primeiro, quando as pessoas idosas eram activos mal remunerados e consequentemente, passaram a ser pensionistas com baixas pensões; e depois, quando oferece serviços de apoio e cuidados pessoais a preços inacessíveis e totalmente desajustados em relação à qualidade que possuem” (Capucha, 2014, p. 125), colocando em causa a solidariedade e a coesão social, o que se afigura a custos sociais e económicos elevados.

Por sua vez e no campo de ação da Segurança Social, as medidas de política social dirigidas à população idosa são distinguidas em (António, 2013) (ver tabela seguinte - 2.1.):

- Prestações sociais;
- Respostas sociais – serviços ou equipamentos;
- Programas e medidas.

Segundo Pereira (2012), o Estado e a sociedade civil foram forçados a organizar mecanismos de resposta para acolher o número crescente de pessoas idosas perante o exponencial envelhecimento da população portuguesa, de modo que considera que os apoios às pessoas idosas se dividem em dois grupos: apoios financeiros do Estado – pensões, reformas, participações para a terapêutica, etc. – e apoios ao nível de infraestruturas e serviços – que se subdividem em equipamentos de saúde (centros de saúde, hospitais, unidades de cuidados continuados, apoio domiciliário integrado) e em equipamentos sociais (centros de convívio, centros de dia, lares e serviços de apoio domiciliário). O autor (op.cit) considera que “embora possamos fazer esta distinção entre saúde e social a tendência é estes dois tipos de respostas se aproximarem formando uma única resposta, abrangendo o aspeto social e os cuidados de saúde” (Pereira, 2012, p. 129).



<b>Prestações Sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensão de Velhice: prestação dirigida às pessoas com mais de 65 anos que tenham pago contribuições para a Segurança Social durante, pelo menos, 15 anos.</li> <li>• Pensão Social de Velhice: prestação em dinheiro, atribuída mensalmente, a partir dos 65 anos de idade, para os que não tenham direito à pensão de velhice.</li> <li>• Complemento Solidário para Pessoas Idosas (CSI): apoio em dinheiro pago mensalmente às pessoas idosas, com mais de 65 anos e com baixos recursos.</li> <li>• Complemento por Dependência: prestação em dinheiro atribuída em situação de dependência, quando há necessidade da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana.</li> </ul>
<b>Respostas Sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços: Serviço de Apoio Domiciliário Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultos com Deficiência</li> <li>• Equipamentos: Lar de pessoas idosas Residência Centro de Dia Centro de Convívio</li> </ul>
<b>Programas e Medidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transversais: Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) Comparticipação direta às famílias Linha Nacional de Emergência Social (LNES) Rede Social Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE)</li> <li>• Específicos: Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI) Programa ReCriar o Futuro Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)</li> </ul>

**Tabela 2.1.** - Medidas de política dirigidas às pessoas idosas e em situação de dependência, no âmbito da Segurança Social (António, 2013, p. 95).

Como se pode aferir no quadro anterior as respostas sociais reconhecidas pela Segurança Social – e efetivamente existentes - para apoiar as pessoas idosas são as seguintes, que se descrevem brevemente (Pereira, 2012; António, 2013):

- Centro de Convívio (CC): equipamento de apoio a atividades sócio recreativas e culturais dinamizadas, durante o dia, pelas pessoas idosas de uma comunidade. Constitui um espaço de lazer, de animação e de convívio com funções a partir dos anos 60;
- Centro de Dia (CD): resposta social desenvolvida em equipamento à semelhança da valência de Centro de Convívio com acréscimo, relativamente a esta, de

suporte durante o dia ao nível de necessidades básicas pessoais, terapêutica e socioculturais às pessoas afetadas por diferentes graus de dependência, contribuindo para a sua manutenção no meio familiar. Os primeiros Centros de Dia surgiram na década de 60 como locais de tratamento e de prevenção;

- Residência (apartamentos/moradias): é um estabelecimento de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, com serviços de utilização comum de apoio social e de enfermagem, para indivíduos com autonomia total ou parcial;
- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI): resposta social com funcionamento ininterrupto, desenvolvida em equipamento através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, com suporte em termos de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto e também de atividades ocupacionais e de convívio;
- Acolhimento familiar de pessoas idosas (AFI): resposta social que consiste na integração de pessoas idosas, de forma temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas na ausência ou incapacidade de suporte familiar ou na inexistência ou insuficiência de respostas sociais. É uma resposta que ganhou impulso na década de 90, contudo sem grande expressão em Portugal devido à escassez de famílias que tencionam acolher as pessoas idosas;
- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD): resposta social desenvolvida para prestar cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a pessoas idosas dependentes e suas famílias, temporária ou permanentemente, em caso de necessidade de suporte para a realização das necessidades básicas. Este serviço surgiu nos anos 80 com o fim de prestar alguns apoios do Centro de Dia, não no equipamento, mas na residência do residente, como vimos, na sequência da política de prevenção e de manutenção das pessoas idosas no seu domicílio o maior tempo possível;
- Cuidados Continuados e Integrados: podem ser prestados em equipamento – unidades de convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e, por último, cuidados paliativos – ou em resposta no domicílio – através das equipas de cuidados continuados e integrados (ECCI) – consistindo num conjunto de intervenções de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada, em equipas multidisciplinares, com vista à recuperação global de pessoas que se encontram em situação de dependência, visando melhorar a sua funcionalidade e reinserir as mesmas no meio familiar e social a que pertencem. 2006 foi o ano em que a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) foi formada e, embora não sendo exclusiva para pessoas idosas, serve essencialmente esta população;

- Universidade Sénior: emergiu em 2007 como resposta socioeducativa que dinamiza atividades educacionais, culturais, sociais e de convívio para indivíduos com mais de 50 anos, em regime não formal e no contexto de educação ao longo da vida.

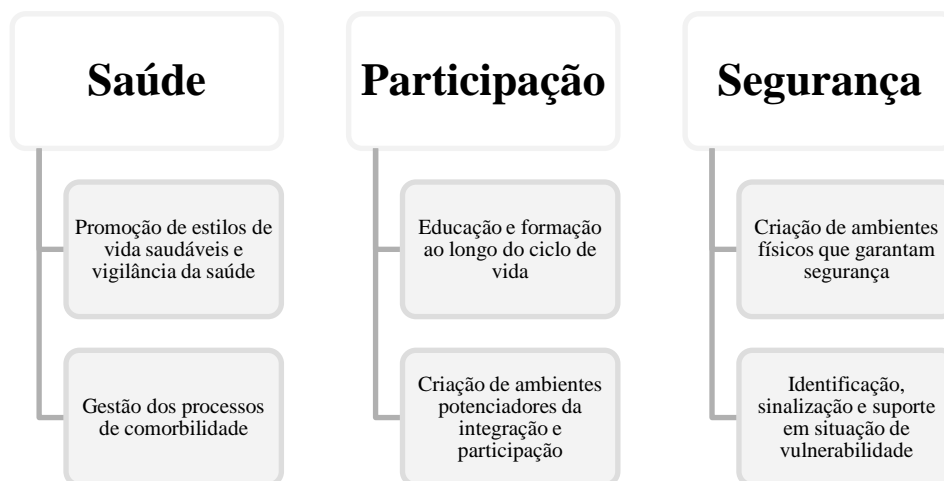
## **2.2. Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável – Portugal**

Em matéria do envelhecimento ativo e saudável, Portugal encontra-se comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), que visam a promoção do envelhecimento ativo e que abarcam iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Decisão n.º 940/2011/U, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro). “Os compromissos assumidos constituem-se como uma oportunidade de inovação, sustentada no desenvolvimento de uma nova Estratégia Nacional, que em todo o seu desenvolvimento e implementação enfoque a importância da intersectorialidade, e numa abordagem plena de *Health in All Policies*” (Despacho n.º 12427/2016).

A DGS tem desenvolvido um assinalável historial de programas de que é exemplo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), cujas estratégias de intervenção incluem promover um envelhecimento ativo, adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas e promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores, tendo como referência o aumento da capacidade funcional das pessoas idosas. Impera-se a continuidade do desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de intervenção multidisciplinares e de proximidade que propiciem o usufruto de uma vida ativa e saudável a todas pessoas idosas.

Destaca-se ainda a proposta da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS) (Despacho n.º 12427/2016) cuja visão é garantir que “o processo de envelhecimento ao longo do ciclo de vida venha a conferir elevados níveis de saúde, bem-estar, qualidade de vida e realização pessoal à população idosa e na qual todos vivenciem um envelhecimento ativo digno e saudável” (DGS, 2017, p. 18). Segundo a mesma (United Nations Economic Commission for Europe & European Commission, 2015 cit. in DGS, 2017, p. 9), Portugal carece ainda de desenvolvimento nesta área uma vez apresentando as seguintes posições no âmbito dos 28 países da UE: 16º lugar relativamente ao indicador “Envelhecimento Ativo Global”, 18º lugar relativamente ao indicador “Capacidade para o

Envelhecimento”, 21º lugar relativamente ao indicador “Participação Social”, 21º lugar relativamente ao indicador “Vida Independente” e 8º lugar relativamente ao indicador “Emprego”.



**Figura 2.3.** - Linhas orientadoras da ENEAS (Adaptado de DGS, 2017).

Assim, é necessário repensar o envelhecimento, o que “implica repensar todo um conjunto de políticas públicas (...) com o envolvimento de múltiplos sectores” (DGS, 2017, p. 10). Para a OMS e para a ONU, exige-se que as pessoas idosas possam participar na vida económica, política, social e cultural de acordo com as suas expectativas e também com as necessidades económicas e sociais das sociedades, devendo ter a oportunidade de trabalhar enquanto desejam e apresentam capacidade, e continuar a ter acesso a programas de educação e formação. “Considerando que o envelhecimento se inicia antes do nascimento e se prolonga por toda a vida e que os determinantes para o envelhecimento ativo exercem a sua influência durante todo o ciclo de vida, as respostas da sociedade para o envelhecimento da população devem passar pelas várias fases do ciclo de vida, nas diversas esferas sociais” (DGS, 2017, p. 13).

### 2.3. Respostas residenciais e prestação de cuidados institucionais

Construir políticas que promovam a segurança, a proteção e a saúde das pessoas idosas é o grande desafio na atualidade. Sabemos que, apesar das orientações das políticas integradas, muito ainda há a efetuar a este nível. As respostas, sejam elas sociais ou de saúde, são desafiadas a ser diferenciadas e a responder de forma holística aos problemas das pessoas

idosas, sobretudo as que manifestam maior grau de dependência como é o caso das pessoas idosas institucionalizadas.

As ERPI têm a sua origem histórica nos Asilos e surgem para dar resposta às pessoas idosas em situação de maior risco de perda de autonomia ou que já não a possuam, sendo a “resposta social mais antiga, cuja origem se perde nos tempos” (Pereira, 2012, p. 138). No entanto, é consensual uma desconsideração generalizada na Europa pelas ERPI, tanto é que são vistas como último recurso e raramente encaradas como projeto de vida, o que se pode atribuir tanto a fatores políticos, relembrando a política de manutenção da pessoa idosa no seu domicílio que vigora em Portugal desde 1976, como a fatores culturais, sociais e económicos.

Reconhecendo a conotação histórica negativa associada às ERPI, “ainda largamente ancoradas em imagens e representações simbólicas negativas que enfatizam (...) uma velhice triste, pobre e solitária enquanto etapa à espera da morte” (Fernandes 1997, cit. in Daniel 2009, p. 66), os relevantes problemas de conceção e de estrutura presentes no âmbito das respostas sociais para o envelhecimento e, ainda, as preocupações com a qualidade de vida e com a funcionalidade das pessoas idosas à medida que envelhecem, os estudos científicos a respeito desta resposta social enquadram-se precisamente nestas questões.

Desde meados dos anos 80 que a investigação tem vindo a intensificar-se, gerando novas disciplinas como a Gerontologia. Contudo, ainda existe escassez de estudos no que concerne à compreensão da institucionalização e à importância dos cuidados de saúde para a promoção da qualidade de vida das pessoas idosas. As pesquisas focam-se, principalmente, no conhecimento de duas matérias: ora no impacto da institucionalização na vida da pessoa idosa, ora nas motivações que levam à institucionalização.

A pesquisa efetuada nas Bases de Dados do Repositório Científico da Universidade de Lisboa e do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) não revela investigações científicas sobre os cuidados de saúde prestados em contexto institucional de ERPI ou de lar, às pessoas idosas. Contudo alguns estudos apresentam temáticas que se centram nos impactos ou repercussões do processo de institucionalização nas pessoas idosas, em termos identitários, psicológicos, sociais, familiares (ex: Neves, 2012; Pereira, 2011; Mendes, 2012). Outros nos seus direitos, qualidade de vida e satisfação das necessidades humanas fundamentais (Santos, 2013; Cruz, 2014; Campos, 2014; Bugalho, 2018; Lourenço, 2017; Correia, 2009). Também surgem estudos interessados na prevalência de processos de depressão e de solidão, nos níveis de dependência das pessoas idosas institucionalizadas (Andrade, 2011; Marrachinho, 2014; Santos, 2015; Magalhães, 2013; Rodrigues, 2015;

Veríssimo, 2013) e, finalmente, com enfoque nos cuidadores formais, sobre os níveis de *stress* e estratégias de *coping* e sobre a caracterização dos Ajudantes de Ação Direta dessas respostas sociais (Infante, 2016; Torrão, 2010, Bogalho, 2017). Estes estudos são desenvolvidos essencialmente nas áreas da Psicologia, Sociologia, Educação Social, Gerontologia, Serviço Social e Enfermagem (ver Apêndice I – tabela 1).

Conforme salientado, as investigações neste âmbito colocam enfoque nas preocupações “genéricas” atuais sobre o envelhecimento – funcionalidade, qualidade de vida, garantia de direitos das pessoas idosas, acabando por descorar as potencialidades deste grupo populacional. Considera-se ainda pouco debatida a perspetiva de que as ERPI podem constituir um relevante contributo para a vivência de um envelhecimento ativo – em termos de saúde, participação e segurança - para o estabelecimento de novas relações de qualidade e de sentimento de pertença, para a melhoria de relações familiares e intergeracionais, para oportunidades de saúde e socioculturais, para a garantia de uma velhice harmoniosa e digna e para o *empowerment* das pessoas idosas no seu desenvolvimento pessoal.

Assim, parece que os cuidados de saúde prestados em estruturas residenciais não são objeto de estudo predileto das ciências sociais e da saúde. A razão prende-se com o facto destas estruturas terem sido construídas para a prestação de cuidados sociais e não de saúde. As investigações enquadram, fortemente, as ERPI como respostas sociais ao invés de equipamentos de cuidados integrados, onde os aspetos social e saúde se cruzam, inevitavelmente, findando a promoção do bem-estar biopsicossocial dos seus residentes, o que contribui em primeira instância para que os estudos levem pouco em conta a necessidade de identificar e avaliar tais cuidados (em oposição a uma dicotomia social/saúde). Contudo, a este nível não podemos deixar de interligar o social e a saúde quando falamos de cuidados a pessoas idosas, lembrando novamente as indicações da OMS (OMS, 2017b; OMS, 2017c).

## **2.4. Cuidados de saúde: perspetivas teóricas em evolução**

O conceito de saúde “remonta a períodos anteriores ao início da medicina científica” (Loureiro & Miranda, 2010). De acordo com Scliar (2007), reflete a conjuntura social, cultural, política e económica, pois dependerá de concepções científicas, religiosas e fisiológicas, bem como de valores individuais. Ao longo da História, vários modelos de saúde têm configurado a prática da Medicina, sucessivamente, consoante a evolução do conhecimento e das sociedades. Durante muito tempo prevaleceu a organização médica, numa abordagem meramente curativa – modelo biomédico - na sequência de uma visão mecanicista

e reducionista do ser humano e da natureza, que considerava a saúde como ausência de doença ou de enfermidade, pressupostos de Christopher Boorse (1977) que levaram à Teoria Bioestatística da Saúde (TBS).

Nesta perspetiva, focada somente em aspetos biológicos e da doença, o indivíduo tinha um papel passivo no controlo do seu bem-estar. Mas, com a evolução da ciência e das condições de vida e o consequente controlo das doenças agudas – alteração do perfil epidemiológico, como adiante se aprofundará - este modelo tornou-se ineficiente, requerendo uma abordagem biopsicossocial.

A OMS apresenta na carta de princípios de 7 de Abril de 1948 a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948 cit. *in* Loureiro & Miranda, 2010, p. 19). Aponta-se para a complexidade associada ao tema denotando-se a responsabilidade coletiva no direito à saúde e a sintonia entre “aspetos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como fatores psicológicos, sociais e biológicos” (Albuquerque & Oliveira, s.d., p. 1). Neste sentido, desde 1948 que tem sido abarcada a proposta de serviços multidisciplinares em saúde, juntamente com a perspetiva biopsicossocial mencionada. Em 1978, a Conferência de Alma-Ata considera a saúde não uma finalidade em si mesma, mas sim um recurso para o desenvolvimento progressivo das comunidades, devendo encontrar-se ao alcance de todos os indivíduos, além de um direito humano fundamental. O conceito de serviços de saúde passa a englobar outros sectores sociais, considerados imprescindíveis para promover a saúde (Loureiro & Miranda, 2010).

A segunda revolução da saúde – modelo biopsicossocial – surgiu com a particularidade de alterar o estilo de vida da população e, assim, de responder às novas exigências de saúde que assolam a partir de meados do século XX, em torno de uma epidemia distinta - uma “epidemia comportamental”, segundo Albuquerque e Oliveira (s.d.) – que submete uma mudança de paradigma, pois com efeito, constatou-se que nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental – em contraposição à realidade já conhecida de natureza infecciosa à qual o modelo biomédico respondeu com notoriedade. Assim sendo, “nos anos 80, a OMS posiciona-se, em definitivo, no processo de promoção da saúde, vindo a realizar a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e adota uma carta para a promoção da saúde, a «Carta de Ottawa»” (Loureiro & Miranda, 2010, p. 19), em 1986. Nesta lógica, a saúde passa a ser entendida como uma componente indispensável ao desenvolvimento

económico e caracterizada pela capacidade de responder, positivamente, aos problemas do ambiente e de desenvolver o potencial próprio e onde os determinantes sociais de saúde se destacam (biológico, psicológico, social, ambiental, economia, política, habitação, educação...).

Neste âmbito os cuidados de saúde assumiram uma visão integrada. A definição de cuidados integrados de saúde envolve a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social (artigo 6.º da Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro – Serviço Nacional de Saúde). A OMS (2017b) alerta para a necessidade de implementar nos cuidados de proximidade para o envelhecimento a abordagem centrada na pessoa e cuidados integrados. Para a efetivação da prestação de cuidados integrados, a OMS (2017c) estabelece como prioridades: orientar os serviços de saúde para as necessidades das pessoas idosas, desenvolver serviços e sistemas efetivos, sustentáveis e equitativos que oferecem cuidados a pessoas idosas com perdas significativas na CI e apostar nos recursos humanos e no desenvolvimento de competências profissionais nos cuidados de longo termo.

Para este trabalho, além dos cuidados de saúde integrados previamente definidos, adota-se a dimensão teórica biopsicossocial na abordagem da saúde, ou seja, a interpretação da saúde como um todo – e portanto, abrangendo todas as atividades desenvolvidas que findam e contribuem para o bem-estar físico, psicológico e social das pessoas idosas institucionalizadas e não somente as que demandam pela cura da doença. Salienta-se, ainda, a importância do desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa, como vimos, conforme orientações estabelecidas pela OMS (OMS, 2017b).

## **2.5. Integração social e saúde de cuidados nas ERPI**

Em Portugal, a saúde é da responsabilidade do Ministério da Saúde que gere o Serviço Nacional de Saúde. Este serviço integra as entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, assim como por todas as entidades de âmbito privado e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de tais atividades (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde), desenvolvidas, em termos normativos, em hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde.

As ERPI são da responsabilidade da tutela do Ministério da Segurança Social e do Trabalho que as regula e, por vezes, financia sobretudo as que são desenvolvidas por IPSS. Estas estruturas não constituem em matéria de política de saúde, não obstante a prática



quotidiana de tais atividades de saúde nas ERPI e de se constituírem como alvos de monitorização e de avaliação por parte das Delegações de Saúde Pública adstritas. Estas estruturas são oficialmente regulamentadas pelo Instituto da Segurança Social I.P., pois entendidas unicamente como “respostas sociais”.

Mas, a “complexidade que envolve o fenómeno do envelhecimento e as demandas de cuidado provenientes das condições de saúde das pessoas idosas requerem ações que contemplem a interdisciplinariedade nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção” (Salcher *et al.*, 2015, p. 260), incluindo nessa premissa o contexto das ERPI.

A institucionalização das pessoas idosas nestas estruturas surge como uma alternativa na prestação de cuidados essenciais à manutenção da vida, proporcionando conforto, qualidade de vida e segurança e preservando a independência (Alves *et al.*, 2017). Para Oliveira e Rozendo (2014), as ERPI são equipamentos onde as necessidades básicas são atendidas, há acesso a serviços e recursos de saúde e é possível envelhecer e morrer por meio de acompanhamento especializado.

No que diz respeito à atenção à saúde, a ERPI responde à exigência diária de cuidados, centrada na cura e reabilitação, na promoção da saúde e em atividades de educação em saúde com vista à manutenção da capacidade funcional dos residentes. Intervém também em relação com os serviços de saúde externos da sua área geográfica quando surge a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e referência a especialidades ou hospitalização (esta última aquando alterações do estado de saúde dos residentes) (Creutzberg *et al.*, 2007). A atenção à saúde permite “a organização do cuidado por diminuir o risco de dependências físicas da pessoa idosa, por possibilitar determinantes de saúde através da avaliação contínua da capacidade funcional e por estabelecer metas requeridas frente às necessidades da pessoa idosa, de forma individualizada” (Medeiros *et al.*, 2015, p. 57).

Por exemplo, o estudo de Oliveira e Rozendo (2014, p. 777) realizado numa Instituição de Longa Permanência para pessoas idosas (ILPI<sup>2</sup>) no Brasil, revela que os residentes associam a garantia de acesso a recursos de saúde ao processo de institucionalização, sendo um fator significativo e essencial para os mesmos dado que a maioria apresenta algum problema de saúde específico, o que motivou a sua integração na ILPI. As conclusões deste estudo indicam que “as pessoas idosas encontraram na instituição a condição que necessitavam para o cuidado à sua saúde. A presença de enfermidades constitui

---

<sup>2</sup> No Brasil a institucionalização das pessoas idosas ocorre em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), à semelhança das ERPI, em contexto português.

uma agravante para a inserção do idoso numa ILPI, já que nesta é possível receber cuidados relacionados às suas necessidades básicas e também aqueles que envolvem a promoção, recuperação e reabilitação em saúde”. Contudo, no Brasil estas instituições centram-se mais na dimensão de saúde do que na dimensão social.

As ERPI não podem ser abordadas unicamente como entidades de assistência social, mas sim como um serviço integrado na prestação de cuidados que engloba as AVD's, a assistência à saúde, a vida social e emocional. “O atendimento precisa de estar centrado na integralidade e não em aspetos apenas de ordem assistencialista, que inibe a promoção do envelhecimento ativo, e se volta apenas a ações focadas na demanda de atividades quotidianas e de controlo de doenças” (Medeiros *et al.*, 2015, p. 60). Suportada na necessidade de proporcionar às pessoas idosas um cuidado ampliado e atender a um conjunto de necessidades, já em 1977 Bostian considerava como componentes de assistência desejáveis nas instituições: médico de tempo integral, enfermeiro de tempo integral, nutricionista ou dietista, assistente social, terapeuta ocupacional, assistência cultural, assistência recreacional e assistência religiosa. Além desses, Salcher, Portella e Scortegagna (2015) apontam como necessária para que o processo de trabalho seja qualificado nas ERPI a intervenção dos psicólogos, dos fisioterapeutas e educadores físicos, além dos cuidadores.

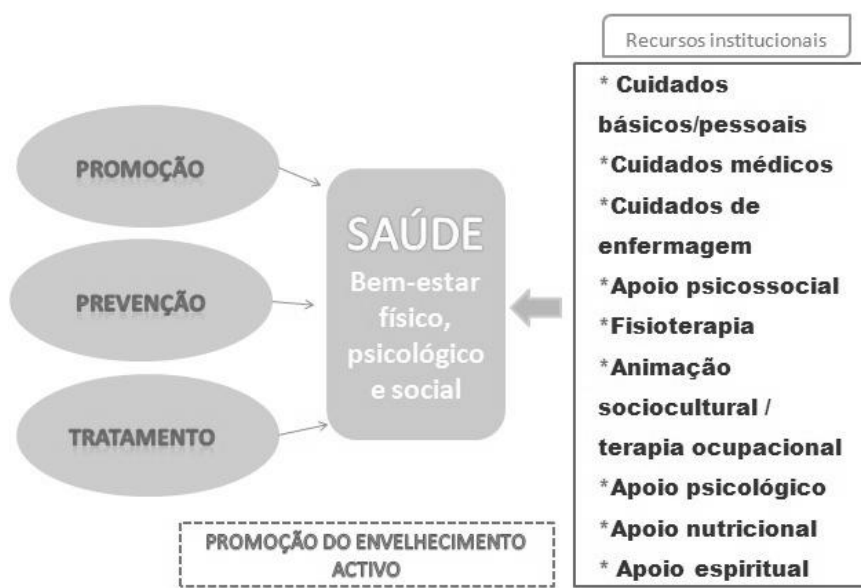
Todavia, a legislação que regulamenta as ERPI em Portugal em termos de organização, funcionamento e instalação – Portaria n.º 67/2012, de 21 de Março – não faz referência aos indicadores de saúde a que devem obedecer estes equipamentos, nem tampouco surgem enunciadas as diretrizes para a intervenção dos profissionais de saúde envolvidos – no que concerne a horários de trabalho (número mínimo de horas executadas), funções específicas e princípios de intervenção com pessoas idosas.

A referida portaria faz apenas referência ao regime de trabalho do Diretor Técnico, que deve possuir formação superior na área social ou da saúde (as suas funções podem ser exercidas a 50% quando a capacidade da estrutura residencial for inferior a 30 residentes) e à obrigatoriedade de um animador sociocultural ou educador social a tempo parcial por cada 40 residentes e de um enfermeiro, também por cada 40 residentes. Neste sentido, a falta de normativos e até, de orientação teórica, no âmbito dos cuidados de saúde e bem-estar prestados nas ERPI leva a uma variedade de organizações e de práticas proliferadas fruto da ambiguidade e da subinformação que pauta a intervenção das ERPI em matéria de saúde.

Exemplificando, sabe-se que as ERPI devem prestar assistência de enfermagem aos seus residentes, no entanto, a frequência e o âmbito desse apoio é facultativo e decidido

superiormente pelas ERPI – podendo existir estruturas residenciais com apoio permanente de enfermagem (24h) ou apenas semanal ou quinzenal (naturalmente, com repercussões no acompanhamento das situações clínicas dos residentes e também dos preçários praticados). O mesmo sucede com o apoio médico, que não surge sequer enunciado na legislação das ERPI.

No que diz respeito a áreas como o Serviço Social, a Psicologia, a Nutrição e o Desporto Sénior, as ERPI têm total autonomia para optar pelo contributo destas valências, que por sinal são de suma importância numa abordagem holística e integrada de intervenção com pessoas idosas, sendo uma vez mais facultativo. Não obstante, e atendendo ao modelo biopsicossocial da saúde que a promoção de saúde da OMS almeja, a saúde é entendida como o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social. Tendo em conta estes fundamentos, apresenta-se de seguida um modelo de prestação de cuidados que se espera desenvolver nas ERPI de forma obrigatória e que se considera adequado face à complexidade e à extensão das ações especializadas fundamentais para responder a um conjunto de necessidades, assegurando às pessoas idosas uma atenção centrada e integral em saúde e bem-estar tendo ainda como pressuposto um envelhecimento ativo.



**Figura 2.4.** – Elaboração própria - Modelo de saúde integral em contexto institucional (ERPI).

**Para sintetizar esta primeira parte,** procurou-se enquadrar o envelhecimento enquanto valor fundamental para o desenvolvimento da sociedade e como uma parte natural do ciclo de vida de cada um. Demonstrou-se que o envelhecimento pode ser compreendido de acordo com aspetos da idade cronológica, da idade biológica e fisiológica, da idade psicológica, social e cultural e, ainda, de acordo com aspetos demográficos. A longevidade da população deu-se devido ao conhecimento técnico-científico e da melhoria de condições de vida. Daí, entende-se não só uma “história” de sucesso, na sequência de tais melhorias, mas também de desafios na adaptação e organização das estruturas sociais para dar respostas céleres e eficazes que garantam qualidade de vida ao crescente número de pessoas idosas.

Procurou-se explicar o processo de envelhecimento humano como ciclo de vida e entender as questões associadas a aspetos patológicos e de incapacidade já que o prolongamento da vida é acompanhado pela incidência de doenças crónicas e pelo aumento de situações de dependência, o que leva a discussões sobre um contexto vigente de transformações e de exigências ao nível dos sistemas sociais e de saúde, a par de toda a comunidade, na prestação de cuidados específicos e diferenciados. Compreender essa dimensão é essencial, pelo que este estudo foca-se no ponto de vista dos recursos - as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) – em resposta às necessidades das pessoas idosas dependentes e muito dependentes e à promoção do seu acesso a cuidados de saúde. Será a partir desta questão que se visa, no capítulo seguinte, problematizar o tema.

Assim, o propósito de envelhecer com saúde, participação e segurança converteu-se numa meta a alcançar para as organizações nacionais e internacionais tendo em conta os benefícios individuais, económicos e comunitários que tal acarreta. Não obstante, em Portugal as políticas públicas direcionadas para o envelhecimento são, ainda, pouco transversais, apesar dos esforços desenvolvidos na execução de programas para a saúde das pessoas idosas que findam uma vida ativa e saudável e do empenho na expansão dos cuidados de proximidade, em termos quantitativos de equipamentos sociais e de saúde criados para este grupo populacional.

Na verdade, assiste-se a décadas de recuo do Estado Social na responsabilização pela resposta a situações de dependência das pessoas idosas, recaindo sobre as famílias essa função, num contexto de alterações na estrutura social e familiar que dificultam cada vez mais essa tarefa de suporte informal. Quanto aos cuidados de proximidade na área do envelhecimento, denota-se um desinvestimento público e um desajuste perante as reais necessidades e, também, potencialidades das pessoas idosas. No que concerne às ERPI, são

consideradas como última opção aquando a velhice, com base principalmente, em factores económicos e no estigma, ainda, muito associado à institucionalização, não obstante ser uma resposta crucial quando surgem situações de dependência gravosas.

Assim, “o prolongamento da vida, e consequentemente, do processo de envelhecimento, vai expondo a pessoa a doenças crónicas, mentais e incapacitantes” (Marques, 2012, p. 158), o que tem vindo, e perspectiva-se continuar, a aumentar o número de consumidores de cuidados específicos de saúde e, também, a complexidade dos mesmos, num contexto de maiores exigências, às quais as ERPI têm vindo a dar resposta, internamente, apesar dos limitados normativos e incentivos políticos existentes. Neste último capítulo, problematizou-se a relação entre os cuidados prestados em ERPI e o modelo de saúde requerido atualmente por estas instituições. As pessoas idosas, cada vez mais dependentes, carecem de um modelo de cuidados qualificado, centrado na pessoa e integrado para a promoção da qualidade de vida e garantia dos seus direitos.

## PARTE II. CONHECER A REALIDADE DE UMA ERPI: CONTEXTO, METODOLOGIA E DIAGNÓSTICO

### Capítulo 3. Contexto organizacional e metodologia

#### 3.1. Campo empírico: características de uma ERPI

O presente trabalho de projeto desenvolve-se numa ERPI privada lucrativa localizada num concelho urbano da periferia de Lisboa, com licença de funcionamento atribuída pelo Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo, tendo capacidade para acolher 21 residentes. Esta ERPI rege-se pelo Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março e pela Portaria n.º 67 de 21 de Março de 2012.

A sua missão consiste na garantia do bem-estar geral e de saúde, bem como o acompanhamento permanente dos residentes, pretendendo ser a extensão do ambiente familiar. A sua intervenção privilegia as relações personalizadas, baseadas num conhecimento individualizado de cada residente, de modo a proporcionar a satisfação plena das suas necessidades.



**Figura 3.1.** - Princípios de intervenção da ERPI.

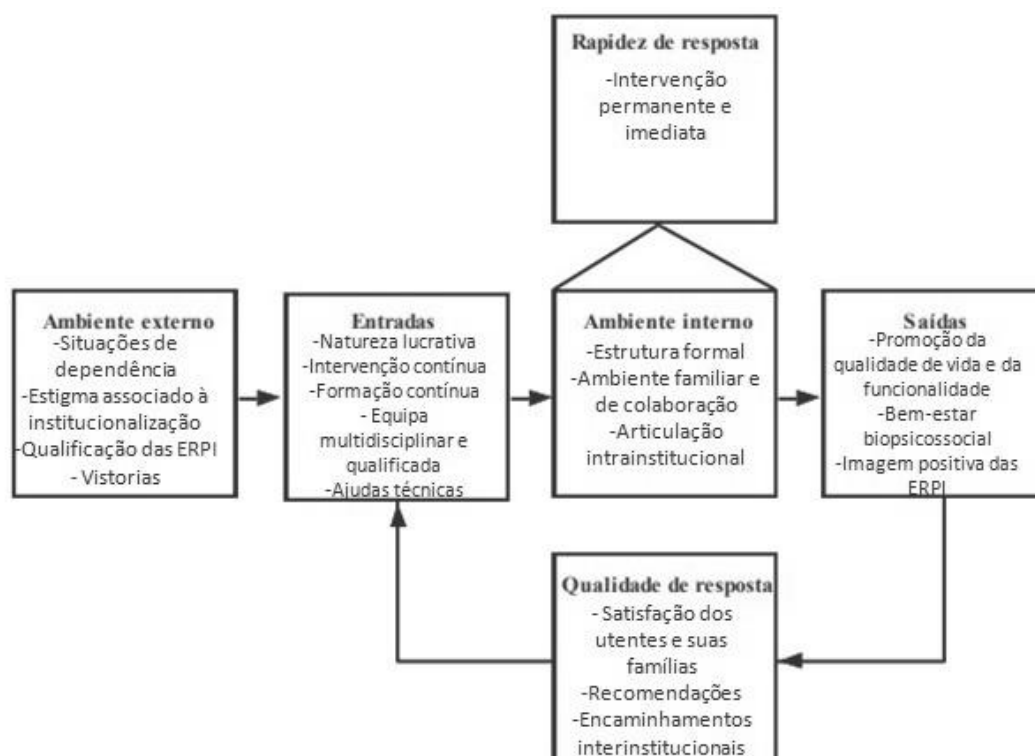
A ERPI assegura a prestação dos seguintes serviços: alojamento permanente ou temporário; alimentação completa diária; cuidados de higiene e conforto pessoal diários; limpeza e arranjo diário dos aposentos; tratamento de roupa de cama e roupa pessoal; apoio e acompanhamento permanente nas AVD's do residente; gestão medicamentosa; assistência médica semanal e solicitação telefónica, para situações de urgência; assistência de enfermagem diária (cerca de 10 horas semanais); apoio social diário; animação sociocultural 2x/semana (num total de 4h semanais); fisioterapia por chamada; ginástica sénior 1x/semana; vigilância geral; acompanhamento a saídas coletivas e cabeleireiro e estética mensal. Além

dos serviços indicados a ERPI dispõe de um conjunto de ajudas técnicas e de materiais de prevenção de úlceras de pressão, bem como de serviço de transporte adaptado, através de convenção externa com empresa especializada e de serviço de análises clínicas através de convenção externa com laboratório credenciado.

As mensalidades praticadas variam entre os 1100 euros e os 1400 euros consoante a tipologia dos quartos, sendo que determinados serviços e materiais são cobrados extra mensalidade, tais como: o serviço de fisioterapia, a ginástica sénior, o serviço de cabeleireiro e estética, o serviço de transporte e acompanhamento, o material de incontinência, a medicação e os materiais de enfermagem utilizados para o tratamento de úlceras de pressão (pensos) e na realização de atos específicos de enfermagem tais como algalias, entubações e colheitas de urina.

Ao nível de instalações, a ERPI é composta por uma sala de refeições e atividades; área de serviços, constituída por cozinha, despensa, lavandaria, instalação de pessoal e arrumos; gabinete de direção técnica; gabinete médico e de enfermagem; jardim e 11 quartos, sendo que desses 2 são triplos, 6 são duplos e, finalmente, 3 são individuais.

Com o apoio de uma equipa multidisciplinar credenciada e especializada na área da Gerontologia, a ERPI em estudo visa prestar um serviço permanente e adequado à problemática de cada residente, contribuindo para o retardamento do processo de envelhecimento. Para tal conta com 10 Ajudantes de Ação Direta (AAD), 1 Auxiliar de limpezas, 1 Cozinheiro, 1 Médico de Medicina Interna, 1 Enfermeira, 1 Assistente Social, 2 Fisioterapeutas, 1 professor de Ginástica (da área das Ciências do Desporto) e 1 Animadora Sociocultural.



**Figura 3.2.** - Modelo do Avião: modelo de análise organizacional da ERPI em estudo.

Contextualiza-se de seguida a intervenção multidisciplinar desenvolvida na ERPI em estudo com vista ao bem-estar biopsicossocial dos residentes:

- cabe ao médico, nas suas consultas semanais de rotina, avaliar as necessidades dos residentes no âmbito da saúde, requisitar exames complementares de diagnóstico, instituir terapêutica medicamentosa e outras adequadas às diferentes condições clínicas dos residentes, prescrever receitas médicas da terapêutica em curso, proceder ao encaminhamento dos residentes para consultas de especialidade ou ao serviço de urgência hospitalar sempre que necessário, elaborar relatórios médicos atualizados na articulação com a rede de saúde envolvente, gerir e atualizar os processos clínicos individuais, informar e orientar a restante equipa na prestação dos cuidados diários aos residentes, articular diretamente com os residentes e suas famílias sobre a condição clínica dos primeiros e, por último, certificar os óbitos;
- a Enfermeira da ERPI é responsável pela preparação e gestão da medicação dos residentes conforme plano terapêutico, avaliação das necessidades dos residentes em matéria de enfermagem e execução de cuidados de enfermagem, nomeadamente, a necessidade de algaliação, entubação (SNG), administração de fármacos por via cutânea, colheitas de urina ou de sangue para análise e execução de pensos em feridas traumáticas ou



úlceras de pressão, avaliação da situação de dependência dos residentes e nível de cuidados, bem como materiais necessários à prestação dos mesmos, diagnóstico das necessidades básicas e de saúde de cada residente, tais como, orientação, ensino e gestão dos cuidados diários prestados pela equipa de auxiliares (ao nível da administração da terapêutica, mobilização, posicionamento, prevenção de úlceras de pressão e de quedas, dieta e hidratação dos residentes), vacinação contra a gripe, avaliação de sinais vitais, elaboração de relatórios de enfermagem na articulação com a rede externa de prestação de serviços de saúde, gestão e atualização dos processos clínicos individuais, articulação com o médico sobre as alterações clínicas verificadas nos residentes, consciencialização dos residentes para hábitos de vida saudáveis e sensibilização e informação aos mesmos sobre os cuidados essenciais às suas condições de saúde;

- a Assistente Social tem como funções sensibilizar a equipa para a problemática do envelhecimento e para os valores que regem a intervenção gerontológica, planear e coordenar atividades sociais, culturais e ocupacionais, promover a satisfação das necessidades básicas e sociais dos residentes, acolher e integrar os residentes na vida da ERPI, estimular e reforçar as relações entre os residentes e a rede de apoio informal, bem como entre o primeiro e a comunidade em geral, realizar a avaliação socioeconómica dos residentes e a avaliação da condição de dependência destes, informar e encaminhar sempre que se verifique o direito a prestações sociais e a apoios de subsistemas de saúde ou outro tipo de respostas sociais da comunidade, promover o desenvolvimento pessoal dos residentes e o estabelecimento de relações saudáveis com a equipa e com outros residentes, elaborar e atualizar, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, o plano individual de cuidados (PIC) de cada residente; elaborar e atualizar os processos sociais individuais, prestar apoio psicossocial aos residentes e suas famílias, realizar articulações interinstitucionais com a Rede Social envolvente e elaborar relatórios sociais;

- as Fisioterapeutas atuam numa perspetiva de manutenção e de reabilitação das capacidades físicas dos residentes, essencialmente, mas também incentivam a autoestima e o bem-estar psicológico dos mesmos. Do ponto de vista da prevenção, o objetivo será preservar a função motora e adiar o mais possível a instalação de incapacidades. Quanto à reabilitação, o fisioterapeuta aborda as diversas disfunções músculo-esqueléticas, respiratórias e neurológicas com vista à recuperação da autonomia prévia dos residentes. Em ambas as intervenções, seja de manutenção seja de reabilitação, as técnicas utilizadas - adaptadas a cada condição física – são de estimulação motora e funcional dos residentes, desde mobilizações

passivas ou ativas/assistidas, alongamentos, posicionamentos, fortalecimentos, treino de marcha e equilíbrio e treino no desempenho das AVD's, sendo que no âmbito da reabilitação recorre-se à repetição de tais exercícios, intensificando-se as sessões através do número de exercícios executados e seus graus de dificuldade e da frequência semanal das sessões;

- o professor de ginástica tem como missão desenvolver exercícios físicos em grupo que objetivam promover a mobilidade, o equilíbrio, a resistência, a flexibilidade e a força dos residentes participantes. Em termos de saúde, a sua atividade visa a redução do risco de doença cardiovascular, maior controlo da tensão arterial, maior controlo de peso e diminuição do risco de obesidade, manutenção e melhoria da força e da resistência musculares, melhoria da capacidade funcional para levar a cabo as AVD's, manutenção das funções cognitivas e diminuição do risco de depressão e demência, melhoria da autoimagem e da autoestima e aumento do entusiasmo e otimismo, redução do risco de queda e prevenção ou retardamento de doenças crónicas associadas ao envelhecimento;

- quanto à Animadora Sociocultural, o seu papel deve-se à promoção de atividades estimulantes para os residentes, que os valorizem e desenvolvam em termos pessoais, nomeadamente, à realização de exercícios de motricidade, de modo a estimular a independência e a mobilidade dos residentes, à criação de atividades de lazer e cultura, promovendo a socialização e o convívio, à realização de exercícios de estimulação cognitiva, mantendo as funções mentais e retardando processos demenciais (conforme se pode verificar na tabela seguinte) e à elaboração do plano de atividades de desenvolvimento pessoal dos residentes que consta do seu processo social.

<b>Tipo de atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Expressão Plástica</b>	Desenvolver e estimular a imaginação, a criatividade e a capacidade de expressão.	Trabalhos manuais, pintura, desenho, modelagem, colagem, recorte e criação.
<b>Atelier dos Dias Comemorativos</b>	Reviver costumes e tradições da sociedade ao nível das festividades, através do desenvolvimento de atividades que assinalem essas datas.	Dia do Pai, Dia da Mãe, Dia da Mulher, Dia do Amor, Páscoa, Dia do riso, etc.
<b>Atelier de Jogos</b>	Estimulação cognitiva, motora e física, através de jogos que desenvolvem as diversas áreas e todos os sentidos, proporcionando a noção do corpo (capacidades e limitações) e a expressão através do movimento, de forma a aumentar a atividade física e cerebral e retardar os efeitos de perda de memória e da acuidade e velocidade.	Jogo do galo, bingo, dominó, jogo da glória, jogo das diferenças, caminhadas, jogos físicos adaptados às capacidades, etc.
<b>Atelier de Histórias</b>	Desenvolver a capacidade intelectual e cognitiva, através da estimulação da memória na leitura de	

	histórias e partilha de experiências.	
<b>Passeios Culturais</b>	Reviver momentos e experiências adquiridas ao longo da vida, adquirir novos conhecimentos e estimulação motora e física.	Idas ao teatro, a museus, à praia, piqueniques...
<b>Atividades com a família</b>	Promover tempo em família, estimular laços afetivos e intergeracionais.	Lanches de convívio, entrega de presentes elaborados pelos residentes.

**Tabela 3.1.** - Plano anual de atividades de Animação Sociocultural da ERPI em estudo.

### 3.2. Inquietações, questões e objetivos

Este trabalho de projeto resulta de uma indagação pessoal, mas sobretudo profissional, através da função exercida pela interventora enquanto Assistente Social e Diretora Técnica na ERPI em estudo. No desempenho profissional na ERPI, verifica-se que os cuidados de saúde são cada vez mais necessários como resposta às necessidades das pessoas idosas. Estas apresentam cada vez mais situações de baixa e média complexidade em saúde, a que a ERPI é desafiada a responder. Assim, no âmbito do trabalho diário têm surgido algumas questões que orientaram a concretização deste trabalho de projeto, nomeadamente a de saber: que tipo de cuidados de saúde e de bem-estar são prestados numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas? E como esta responde às necessidades dos seus residentes?

Os cuidados de saúde prestados por uma ERPI centram-se em cuidados de baixa e média complexidade e traduzem-se em cuidados diários ao nível de conforto, bem-estar, medicação, reabilitação. Estes cuidados são prestados em função das necessidades das pessoas idosas e dos recursos disponíveis, quer internamente, quer em articulação com a rede de saúde envolvente, designadamente Centros de Saúde, Hospitais e outras entidades prestadoras de serviços de saúde. Na ERPI em estudo, a realidade demonstra que:

- Cada vez mais pessoas idosas são integradas em ERPI para usufruir de cuidados gerais, mas sobretudo de saúde, tendo em conta o seu bem-estar;
- As pessoas idosas mais dependentes beneficiam, principalmente, dos serviços de saúde das ERPI, ao nível da gestão medicamentosa, cuidados de enfermagem e fisioterapia;
- Os cuidados requeridos são cada vez mais exigentes e carecem de supervisão e orientação técnica e qualificada, devido à elevada incidência de comorbilidades e às particularidades das doenças crónicas que afetam sobretudo as pessoas idosas, contribuindo para gravosas situações de dependência;

- Os cuidados de saúde prestados pelas ERPI são menos especializados, em termos tecnológicos, do que os da rede exterior, sendo crucial a articulação entre ambos e o encaminhamento das pessoas idosas aos recursos da comunidade quando a intervenção das ERPI não é exequível nesses termos.

Desta forma, torna-se imperativo entender este processo e realizar uma análise diagnóstica da situação vivida nesta ERPI. Consequentemente e tendo em conta a necessidade de compreender de forma sistemática estas questões, procedeu-se à definição de alguns objetivos:

1.1. Definir o perfil das pessoas idosas institucionalizadas, o seu grau de dependência, as suas necessidades em termos de saúde e a sua relação com os serviços que usufruem, tanto internos como externos;

1.2. Averiguar a complexidade dos cuidados de saúde e bem-estar prestados numa ERPI nomeadamente, identificar que cuidados diferenciados são prestados e qual a sua relação com o grau de dependência das pessoas idosas;

1.3. Analisar como a ERPI responde às necessidades de saúde das pessoas idosas nas dimensões física, psicológica e social, tendo em conta a definição global de saúde (biopsicossocial);

1.4. Efetuar uma proposta para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e bem-estar a pessoas idosas na ERPI através da proposta de um sistema integrado de prestação de cuidados centrado no residente, de acordo com as suas necessidades e especificidades de envelhecimento, tendo em conta os pressupostos do envelhecimento ativo.

### **3.3. O caminho do diagnóstico: metodologia**

O caminho da pesquisa foi orientado pelas inquietações e questões chave e pelo domínio conceptual da primeira parte deste trabalho de projeto. Na figura seguinte apresenta-se a síntese do planeamento do trabalho de projeto baseada no Vê de Gowin (figura 3.3.).



**Figura 3.3.** - Planeamento do trabalho de projeto (adaptação do Vê de Gowin) (Carmo & Ferreira, 2008).

A **metodologia** compreende o conjunto de técnicas e métodos indispensáveis ao conhecimento e investigação do universo humano. O método, segundo Grawitz (cit. in Carmo & Ferreira, 2008), reúne o conjunto de operações utilizadas para atingir os objetivos, sendo um corpo de princípios que preside toda a investigação organizada e um conjunto de normas que permite selecionar e coordenar as técnicas, constituindo o plano de trabalho de acordo com a finalidade. Na recolha de informação, fez-se uso do método extensivo (paradigma quantitativo), através da recolha e da análise de dados dos processos clínicos e sociais dos residentes da ERPI em estudo. De forma objetiva, pretende-se realizar descrições recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos e testar teorias, sendo a comparabilidade dos resultados e a deteção de regularidades vantagens a destacar do método selecionado (Carmo & Ferreira, 2008).

A recolha de dados exige “procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis (...) adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em causa” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 193). A pesquisa bibliográfica foi a técnica utilizada para o levantamento do Estado da Arte e para a elaboração do enquadramento teórico, enquadrando e fundamentando o estudo e facultando a composição de um quadro de referência, com base na literatura pertinente (procurada em locais físicos e funcionais – como Bibliotecas, Livros e Revistas especializados - ficheiros em suporte *scripto* e bases de dados em suporte digital - a destacar o

Repositório Científico da Universidade Técnica de Lisboa, a Biblioteca do Conhecimento Online, o ProQuest e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Através da pesquisa bibliográfica foram aprofundados os principais conceitos em torno do tema em estudo.

A pesquisa documental foi a técnica de recolha de dados utilizada para a componente empírica. Segundo Carmo e Ferreira (2008, p. 73) esta “visa seleccionar, tratar e interpretar informação “bruta” existente em suportes estáveis (*scripto*, *audio*, *vídeo* e *informo*) com vista a dela extrair algum sentido. Esta recolha foi efetuada a partir dos processos individuais dos residentes da ERPI – processos clínicos e sociais em formato *scripto* – para levantamento de informações respeitantes a aspetos individuais dos residentes, permitindo analisar o perfil da pessoa idosa institucionalizada e as dimensões da saúde, nomeadamente: bem-estar físico, bem-estar psicológico e bem-estar social (quadro de operacionalização de recolha de dados – tabelas 3.2. e 3.3.). Estes dados foram inseridos numa base de dados em excel, os quais foram posteriormente analisados de forma descritiva. A construção destes indicadores foi essencial para a recolha de dados, pois permitiu analisar, descrever e caracterizar os cuidados de saúde e de bem-estar prestados numa ERPI privada, de forma organizada e relacionada com a base conceptual de suporte.

<b>Perfil da pessoa idosa institucionalizada</b>	<b>Categoria</b>
	Género
	Idade
	Estado Civil
	Escolaridade
	Profissão antes da reforma
	Condição económica
	Período de institucionalização
	Avaliação do estado de consciência, orientação e discurso
	Avaliação da funcionalidade
	Apoio necessário nas AVD's

**Tabela 3.2.-** Elaboração própria - Perfil da pessoa idosa institucionalizada.

		Categoria
Dimensão da saúde	Bem-estar físico	Antecedentes clínicos
		Medicação: nº de medicamentos e toma
		Requisição de exames complementares de diagnóstico a realizar externamente
		Encaminhamento para consultas externas de especialidade
		Acompanhamento médico antes da institucionalização
		Tratamentos/atos de enfermagem
		Avaliação de sinais vitais
		Posicionamentos
		Utilização de materiais de prevenção de úlceras de pressão
		Colocação de imobilização
		Reforço de hidratação
		Dieta
		Fisioterapia
		Ginástica Sénior
	Bem-estar psicológico	Apoio emocional
		Terapêutica neurológica/psiquiátrica
		Animação sociocultural
		<i>Empowerment</i>
		Autoconceito/Autoaceitação
		Desenvolvimento pessoal (por iniciativa própria)
		Humor e comportamento
	Bem-estar social	Apoio social
		Adaptação ao processo de institucionalização
		Participação/entreeajuda
		Realização de passeios organizados pela ERPI
		Saídas ao exterior com a rede de apoio informal
		Visitas
		Animação sociocultural
		Sessões de convívio e conversações
		Sessões de passeio e convívio no jardim da ERPI
		Festas culturais e temáticas organizadas pela ERPI
		Espiritualidade

**Tabela 3.3.-** Elaboração própria - Quadro de operacionalização da recolha de informação dos processos dos residentes.

Este quadro de referência permitiu operacionalizar um conjunto de dimensões e variáveis interligadas entre si, especificamente dados sobre caracterização socioeconómica, diagnóstico social, antecedentes pessoais (condição clínica), grau de dependência e plano individual de cuidados (cuidados necessários e recebidos e sua frequência, de acordo com o tipo de cuidados - básicos/gerais, de enfermagem, médicos, de reabilitação, de apoio social e

de desenvolvimento pessoal) elaborados e avaliados continuamente pela equipa técnica da ERPI num complexo trabalho multidisciplinar.

### **3.4. Considerações éticas**

Como estamos a intervir e a pesquisa ocorre num campo complexo, como são as pessoas idosas dependentes, foi importante definir critérios éticos, já que “qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas” (Fortin, 1999, p. 113). Devem os estudos salvaguardar os direitos e as liberdades dos indivíduos, adquirindo as providências necessárias para tal. O presente trabalho leva em conta os direitos fundamentais das pessoas, determinados pelos códigos de ética, a enumerar: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal (Ibidem).

Neste sentido, foi considerado o princípio de respeito pelos indivíduos incluídos no na recolha de dados e a organização. Os indivíduos tomaram a decisão de forma livre, autónoma e informada de participar na recolha de dados, plenamente esclarecidos sobre os propósitos e a natureza do trabalho de projeto. A Organização deu consentimento para a realização do trabalho de projeto. A interventora compromete-se a cumprir as normas éticas com públicos vulneráveis, sendo que o anonimato dos participantes e da Organização, bem como a confidencialidade dos dados foram garantidos a todo o momento da componente empírica e na enunciação dos resultados, visando contribuir positivamente para o conhecimento científico.

## **Capítulo 4. Diagnóstico em ação: saúde e bem-estar na ERPI**

### **4.1. Perfil dos residentes da ERPI**

À data da recolha de dados, Fevereiro de 2019, os residentes da ERPI eram maioritariamente mulheres (15) com idades entre os 81 e os 90 anos (11). Das 21 pessoas idosas, apenas 6 são do sexo masculino, destes 4 encontram-se na faixa etária entre os 70 e os 75 anos e entre os 76 e os 80 anos, respetivamente, e somente 1 tem idade compreendida entre os 91 e os 95 anos e idade superior a 95 anos. A maioria é viúva (15), seguindo-se os que têm rede conjugal (3) e, em menor significado, 2 residentes são solteiros e 1 é divorciado.

Relativamente às habilitações literárias, a maioria das pessoas idosas tinha completado o ensino primário (38,1%), o que aponta para 8 dos residentes, seguindo-se com



uma representatividade de (19%) tanto os que sabem ler e escrever, como os que concluíram o ensino superior. Com menor expressão encontram-se os que frequentaram unicamente o ensino básico e o ensino secundário (9,5% cada), sendo que apenas 1 é analfabeto. Quanto às profissões exercidas, partiu-se da Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011) para organizar as mesmas nos vários níveis que as compõem na base da competência especializada, distinguindo 10 grandes grupos. Desses, (33,3%) foram trabalhadores não qualificados, o que se insere em serviços de limpeza, agricultura, produção animal, pesca e floresta, indústria extrativa e transformadora, transportes e construção, preparação de refeições, venda ambulante e prestação de serviços elementares. (19%), respetivamente, foram pessoal administrativo<sup>3</sup> e especialistas das atividades intelectuais e científicas<sup>4</sup>. (14,3%) dos residentes exerceram no âmbito dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendas, apenas 2 residentes (9,5%) se qualificaram na indústria, construção e artífices e somente 1 (4,8%) enveredou pelo ramo das Forças Armadas.

No que concerne às fontes de rendimento no ato de admissão na ERPI, 20 dos residentes (95,2%) auferia pensão de velhice, 15 (71,4%) de pensão de sobrevivência e somente 1 não apresentou carreira contributiva. Nenhum dos residentes beneficia de apoio social ou subsídio pecuniário aquando o momento de institucionalização. Esta avaliação socioeconómica antecedente ao período de institucionalização vai permitir, adiante, a análise de um dos elementos de apoio social prestado na ERPI.

Quanto à expressão quantitativa dos rendimentos mensais, verifica-se que a maioria dos residentes (33,3%) respeitantes a 7 indivíduos, auferem rendimentos superiores a 1000 euros, (28,6%) em contrapartida recebe rendimentos inferiores a 600 euros mensais, (23,8%) situa-se entre os 800 euros e os 1000 euros e (14,3%) entre os 600 euros e os 800 euros de rendimento mensal.

Verifica-se que (61,9%) das pessoas idosas (13) encontram-se institucionalizadas há mais de um ano e (19%) (4 residentes) tem um período de institucionalização inferior a 6 meses ou compreendido entre 6 meses e 1 ano. Considera-se este intervalo em referência ao período mínimo de adaptação dos residentes à prestação dos serviços e à institucionalização

---

<sup>3</sup> “Empregados de escritório, secretários em geral, operadores de processamento de dados, pessoal de apoio direto a clientes, operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo” (INE, 2011, p. 26).

<sup>4</sup> Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins, finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais, tecnologias de informação e comunicação, assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais, profissionais de saúde e professores (Ibidem).

no geral – 6 meses – considerado no programa de acolhimento do Manual de Processos-chave para as ERPI (Instituto da Segurança Social, 2011), uma vez que adiante será pertinente para analisar a integração dos residentes institucionalizados no campo da categoria “bem-estar social”.

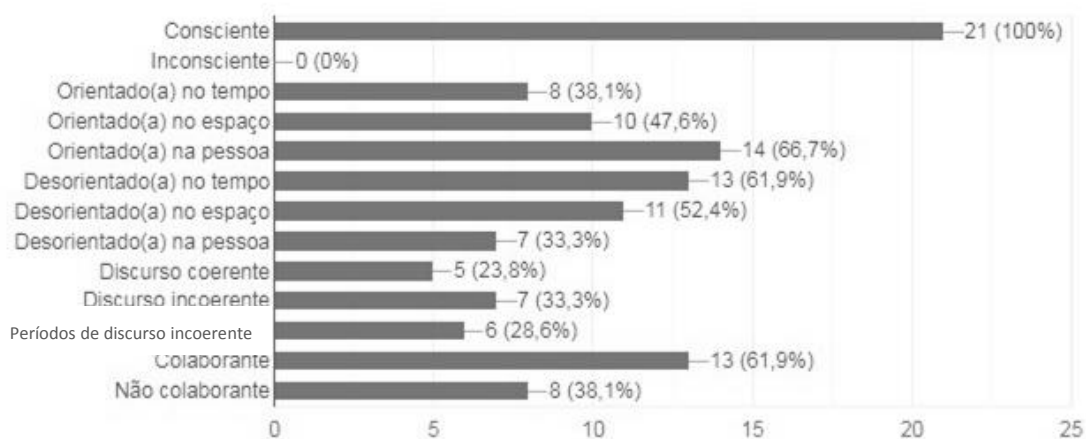
		Contagem	N % da coluna
<b>Género</b>	Feminino	15	71,4%
	Masculino	6	28,6%
<b>Intervalo Idades</b>	70 - 75 anos	4	19,04%
	76 - 80 anos	4	19,04%
	81 - 90 anos	11	52,38%
	91 - 95 anos	1	4,76%
	96 – 100 anos	1	4,76%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	2	9,5%
	Casado(a)	3	14,3%
	Divorciado(a)	1	4,8%
	Viúvo(a)	15	71,4%
<b>Escolaridade</b>	Não sabe ler nem escrever	1	4,8%
	Sabe ler e escrever	4	19%
	Ensino primário	8	38,1%
	Ensino básico	2	9,5%
	Ensino secundário	2	9,5%
	Ensino superior	4	19%
<b>Profissão antes da reforma</b>	Profissões das Forças Armadas	1	4,8%
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	0	0%
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	4	19%
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	0	0%
	Pessoal administrativo	4	19%
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	3	14,3%
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	0	0%
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	2	9,5%
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	0	0%
	Trabalhadores não qualificados	7	33,3%
<b>Condição económica</b>	Pensão de invalidez	0	0%
	Pensão de velhice	20	95,2%
	Pensão de sobrevivência	15	71,4%
	Complemento por dependência	0	0%
	Complemento solidário para pessoas idosas	0	0%
	< 600 €	6	28,6%
	600 € - 800 €	3	14,3%
	800 € – 1000 €	5	23,8%
	> 1000 €	7	33,3%
<b>Período de institucionalização</b>	< 6 meses	4	19%
	6 meses – 1 ano	4	19%
	> 1 ano	13	61,9%

**Tabela 4.1. - Perfil da pessoa idosa institucionalizada.**

## 4. 2. Grau(s) de dependência

Um dos elementos que se considerou pertinente incluir para entender o grau de dependência dos residentes da ERPI e que elucidará sobre as necessidades das pessoas idosas institucionalizadas em matéria de saúde e sobre os serviços por elas usufruídos, é a avaliação do estado de consciência e da condição cognitiva, nomeadamente da capacidade individual para se situar e identificar adequadamente na sua situação pessoal e no ambiente.

Neste sentido, verificou-se que todos os residentes da ERPI se encontram conscientes, no entanto os seus níveis de orientação variam: (66,7%) é orientado na pessoa, (47,6%) é orientado no espaço e (38,1%) é orientado no tempo, a maior desorientação ocorre no tempo (61,9% dos indivíduos), (52,4%) apresenta desorientação no espaço e (33,3%) encontra-se desorientado na pessoa. Prevaecem as pessoas idosas com discurso incoerente permanente (33,3%) contra 28,6% de indivíduos que apresenta, por vezes, incoerência no discurso (períodos de discurso incoerente) e (23,8%) de residentes que detêm um discurso totalmente coerente. Na sua maioria, os residentes colaboram na medida das suas possibilidades físicas e psíquicas durante os cuidados prestados, embora possa ser de forma ligeira (61,9%) e 38,1% não detém qualquer capacidade para colaborar com a equipa.



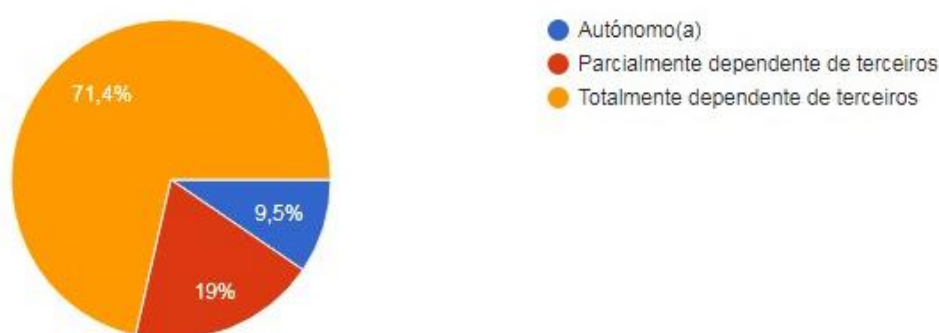
**Figura 4.1.** - Avaliação do estado de consciência, orientação e discurso.

Para a avaliação da capacidade física e funcional, optou-se pela definição da Carta Social (cit. in GEP, 2009, p. 15), que é também a que é utilizada nos processos individuais da ERPI (utilizada pela equipa técnica):

- Autónomo: indivíduo capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica;

- Parcialmente dependente: indivíduo que necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação;
- Totalmente dependente: indivíduo que carece de apoio de terceiros em todos os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal.

A maioria das pessoas idosas necessita de apoio na totalidade das AVD's (71,4%), sendo (19%) os que são parcialmente dependentes de terceiros para a satisfação das necessidades básicas do dia-a-dia e apenas (9,5%) é independente nessas tarefas.



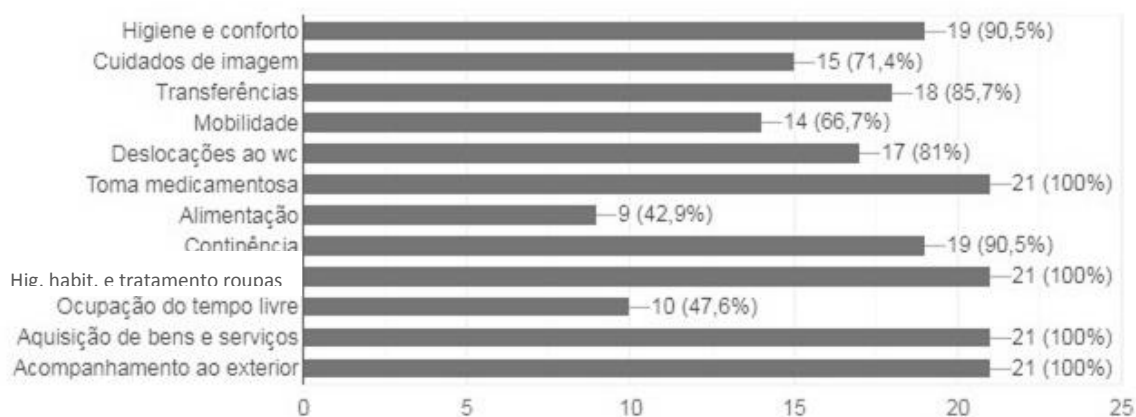
**Figura 4.2.** – Avaliação da funcionalidade.

Quanto ao apoio necessário nas várias AVD's, adaptou-se o inquérito “Avaliação Sumária da Funcionalidade do Cliente” da Ficha de Avaliação Inicial de Requisitos (IMP03.IT02.PC01 — Estrutura Residencial) do Manual de Processos-chave para as Estruturas Residenciais de Pessoas Idosas (Instituto da Segurança Social, 2011), por forma a avaliar a capacidade de desenvolvimento individual nas tarefas básicas do quotidiano dos residentes, tendo em conta os serviços da ERPI.

Constata-se que todas as pessoas idosas necessitam de auxílio ao nível da toma da medicação, da higiene do espaço individual e do tratamento de roupas, da aquisição de bens e serviços e do acompanhamento em saídas ao exterior da ERPI. Verifica-se que (90,5%)<sup>5</sup> das pessoas idosas utilizam material de incontinência e necessitam de apoio nos cuidados de higiene e conforto pessoal, (85,7%) precisa de apoio nas transferências, (81%) desloca-se ao estabelecimento sanitário com auxílio, (71,4%) carece de assistência nos cuidados de imagem e, ainda, (66,7%) é ajudado na locomoção. Com menor expressão, embora ainda significativa,

<sup>5</sup> A grande maioria das pessoas idosas é incontinente representando esse dado um indicador relevante para os cuidados a serem prestados na ERPI.

identifica-se a tarefa de ocupação do tempo livre (47,6% necessita de incentivo ou apoio) e, por último, a alimentação (42,9% demanda por suporte para as refeições).

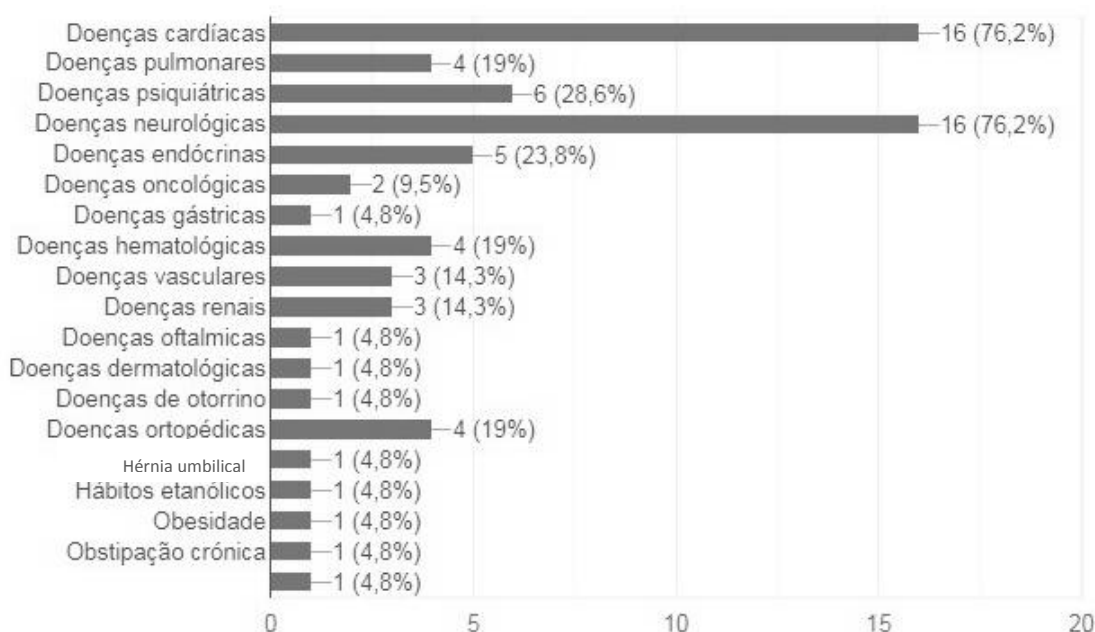


**Figura 4.3.** – Apoio necessário nas AVD's.

### 4.3. Bem-estar físico

A dimensão do bem-estar físico compreende, por um lado, o conjunto de características que permitem analisar a condição clínica dos residentes, e por outro, o conjunto de apoios ou serviços da ERPI que contribuem para a melhoria da condição física, da autonomia e do funcionamento do metabolismo, promovendo o bem-estar integral e a harmonia do organismo. O bem-estar físico é a condição global do corpo em relação a patologias e ao vigor físico, considerando as alterações biológicas decorrentes dos processos patológicos e também do processo natural de envelhecimento (Amzat & Razum, 2014). Tem em conta, não só o controlo da doença, mas também o desenvolvimento da atividade física e da funcionalidade.

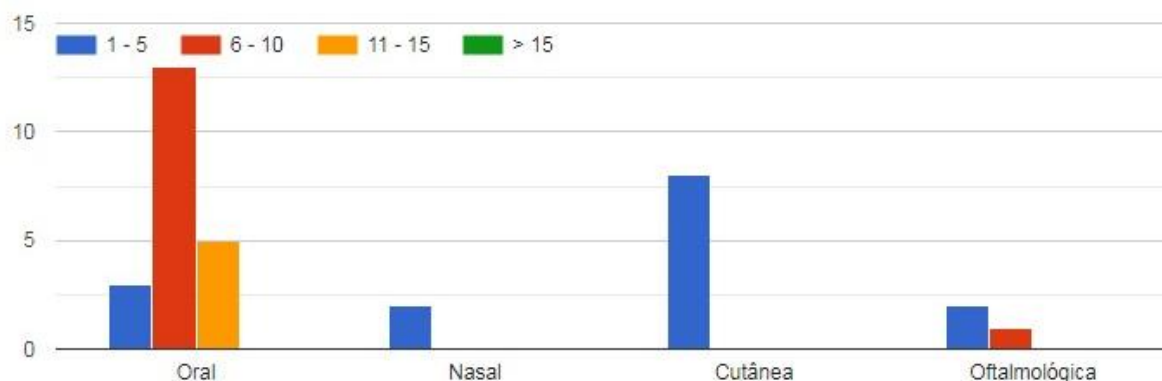
No que diz respeito ao historial clínico, destacam-se as doenças cardíacas e as doenças neurológicas (ambas com 76,2%), seguindo-se as doenças psiquiátricas (28,6%) e as doenças endócrinas (23,8%), as doenças pulmonares (19%), as doenças hematológicas (19%), as doenças ortopédicas (19%), as doenças vasculares (14,3%), as doenças renais (14,3%) e as doenças oncológicas (9,5%).



**Figura 4.4.** – Antecedentes clínicos.

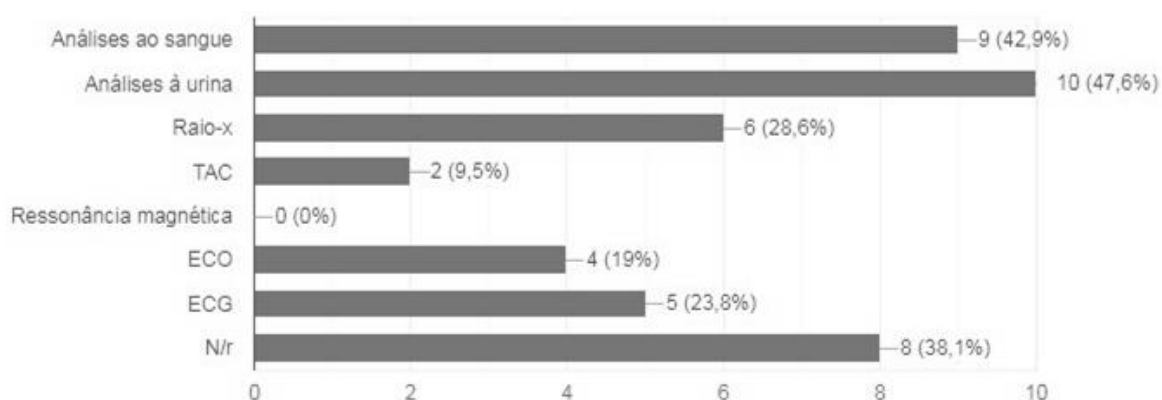
A medicação é considerada um elemento fundamental para a garantia do bem-estar físico. O plano de terapêutica é gerido em paralelo com a evolução clínica dos residentes, sendo alvo de avaliação e gestão constante por parte do Médico e da Enfermeira da ERPI, de tal modo que seria incomportável contabilizar as alterações efetuadas nesse sentido. Por conseguinte, optou-se pela contabilização do número de medicamentos que as pessoas idosas consomem, bem como a sua via de administração, facultando apenas uma noção da condição clínica dos mesmos e das tarefas de administração. A medicação via oral é preparada pela Enfermeira da ERPI em dispositivo próprio semanal, sendo apenas posteriormente fornecida pelos Ajudantes de Ação Direta aos residentes, enquanto que a medicação via nasal, cutânea e oftalmológica exige a organização e a administração correta em termos de dosagem, horários e determinados procedimentos por parte da equipa de Ajudantes de Ação Direta, constituindo assim uma tarefa crucial na prestação dos cuidados.

Observou-se que a maioria dos residentes, 13, toma entre 6 a 10 medicamentos via oral e 8 realiza entre 1 a 5 medicamentos cutâneos. Apenas 5 residentes toma entre 11 a 15 medicamentos e 3 toma entre 1 a 5 medicamentos, ambos via oral. Somente 2 residentes efetua medicação nasal e 3 fazem medicação oftalmológica.



**Figura 4.5.** – Medicação: número de medicamentos e toma.

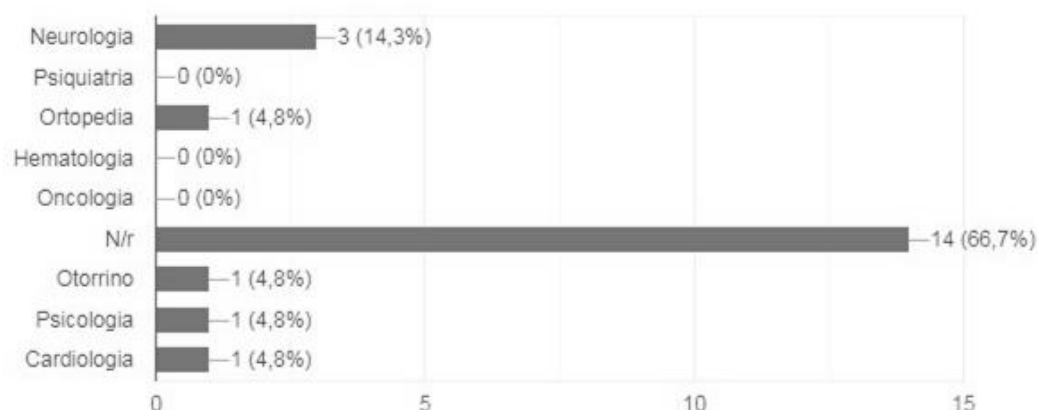
A elaboração de um diagnóstico social e de um projeto terapêutico exige meios complementares de diagnóstico para apoiar e complementar as decisões médicas através da monitorização de um conjunto de indicadores relacionados com determinadas patologias ou estados de saúde, o que implica o encaminhamento dos residentes a unidades especializadas, nomeadamente clínicas médicas, laboratórios e hospitais. As análises à urina e ao sangue são os mais frequentes: (47,6%) e (42,9%) dos residentes já realizaram pelo menos uma vez, respetivamente. Seguem-se o Raio-x, realizado por 6 residentes (28,6%) e o Eletrocardiograma por 5 residentes (ECG) (23,8%). O Ecocardiograma (ECO) só foi solicitado e realizado por 4 residentes (19%) e a TAC a 2 (9,5%). Aponta-se que (38,1%) dos residentes (8) não realizou exames complementares de diagnóstico uma vez não sendo necessário até à data da recolha de dados.



**Figura 4.6.** – Requisição de exames complementares de diagnóstico a realizar externamente.

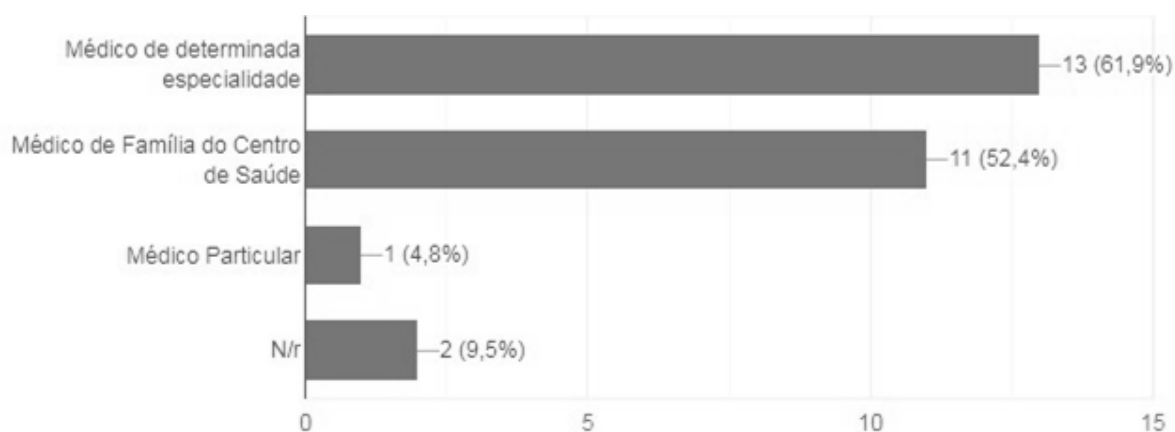
O encaminhamento para consultas de especialidade médica permite a avaliação integral da condição clínica dos residentes, além dos parâmetros de clínica geral. Destaca-se o encaminhamento de 3 residentes para consulta externa de Neurologia e apenas 1 nas áreas da

Ortopedia, Otorrino, Psicologia e Cardiologia, respetivamente. A generalidade dos residentes (66,7%) não foi encaminhado pelo médico da ERPI para acompanhamento médico de especialidade até ao momento da recolha de dados.



**Figura 4.7.** – Encaminhamento para consultas externas de especialidade.

Anteriormente à institucionalização, (61,9%) dos residentes já era seguido por um médico de especialidade e (52,4%) detinham Médico de Família do Centro de Saúde adstrito. Verificou-se apenas 1 caso (4,8%) de acompanhamento médico particular antes da admissão na ERPI. Somente 2 residentes (9,5%) não possuíam apoio médico em consulta externa.

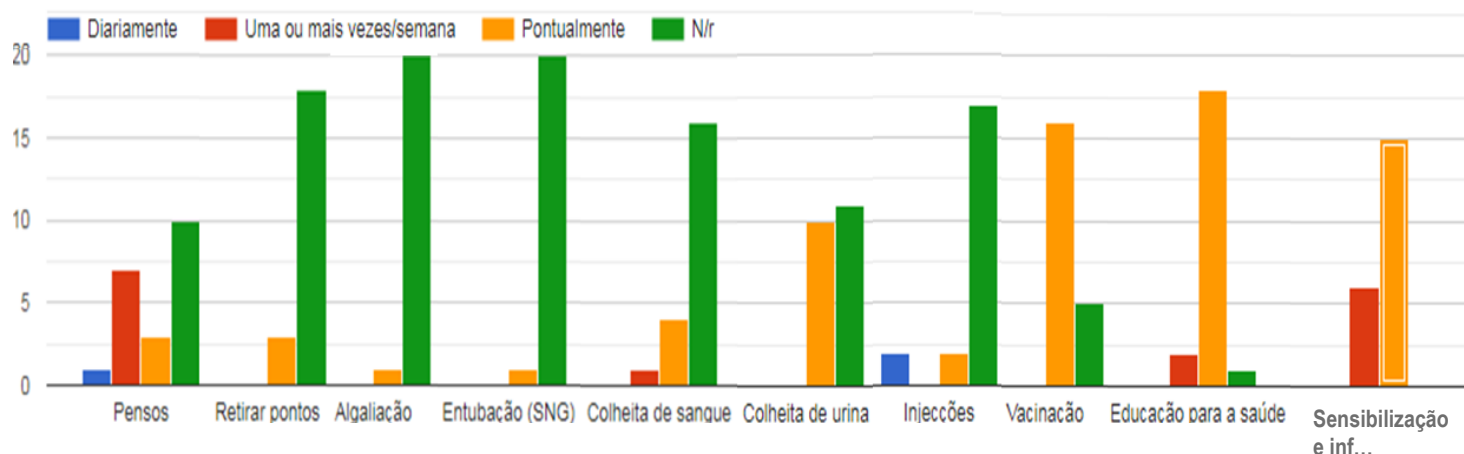


**Figura 4.8.** – Acompanhamento médico antes da institucionalização.

No que concerne aos tratamentos ou atos de enfermagem, constatou-se que a principal intervenção da Enfermeira da ERPI (decorrendo uma ou mais vezes por semana) deveu-se à realização de pensos (no caso de 7 residentes até à data da recolha de dados) e na informação e sensibilização sobre os cuidados necessários (verificado em 6 residentes). Pontualmente, mas de forma significativa são tarefas de enfermagem a educação para a saúde (ocorrido em 18 residentes), a vacinação (16 residentes), a informação e sensibilização sobre os cuidados

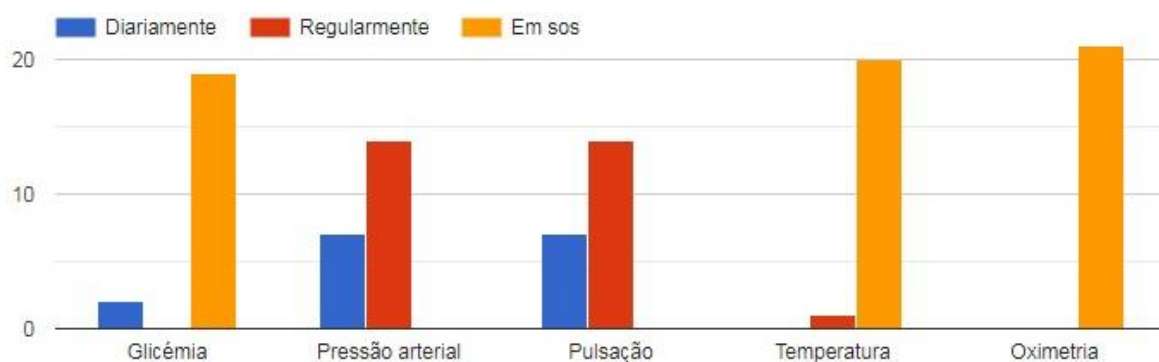


necessários (15 residentes) e as colheitas de urina (10 residentes). São ainda tarefas pontuais, mas com menor necessidade no grupo da amostra a algáliação, a entubação (SNG), a colheita de sangue, as injeções e retirar pontos. No momento da recolha de dados, apenas 2 residentes realizavam injeções diárias e 1 pensos diários também.



**Figura 4.9.** – Tratamentos/atos de enfermagem.

A avaliação dos sinais vitais é realizada, na maioria das vezes, pelos Ajudantes de Ação Direta da ERPI. Constatou-se que a glicémia, a temperatura e a oximetria são medidas em situações de emergência para todos os residentes, enquanto a pressão arterial e a pulsação são verificadas regularmente em 14 residentes e diariamente em 7 residentes. 2 dos residentes necessitam de avaliação diária da glicémia capilar.

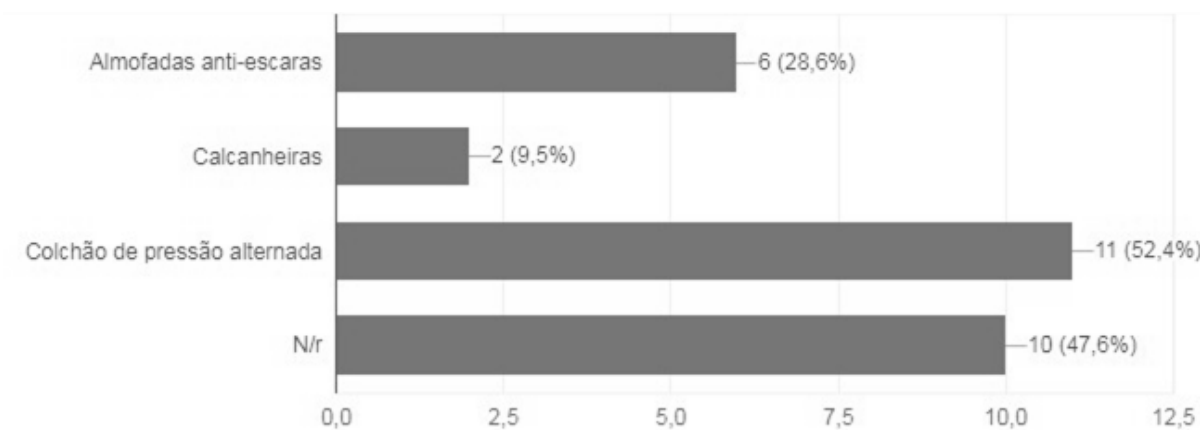


**Figura 4.10.** – Avaliação de sinais vitais.

“O posicionamento/alternâncias de decúbito é essencial para a pessoa com alterações da mobilidade, com o objetivo de prevenir complicações associadas à imobilidade (por exemplo, úlceras de pressão), proporcionar conforto e promover a autonomia da pessoa” (Carinhas *et al.*, 2013, p. 40). Para o posicionamento recorre-se a almofadas de textura moldável, adequadas ao posicionamento, e a superfícies de apoio (colchões). Fatores como a

mobilidade da pessoa, a condição clínica global, os objetivos do tratamento e as condições globais da pele determinam a frequência deste cuidado, todavia, considera-se que a pessoa em situação de imobilidade (acamada) deve ser posicionada de duas em duas horas (ibidem).

Observa-se que esta prática ocorre em (23,8%) dos residentes, sendo que a maioria não necessita de ser posicionado (ver Apêndice II – figura 1). Ainda assim, no que concerne aos materiais de prevenção de úlceras de pressão usados em situações de dependência maior, verifica-se que a maioria dos residentes (52,4%) utiliza colchão de pressão alternada, (28,6%) precisa de almofadas anti escaras ou moldáveis e apenas 2 residentes (9,5%) faz uso de calcanheiras. Em (47,6%) dos casos não é necessário recorrer-se a materiais deste tipo.

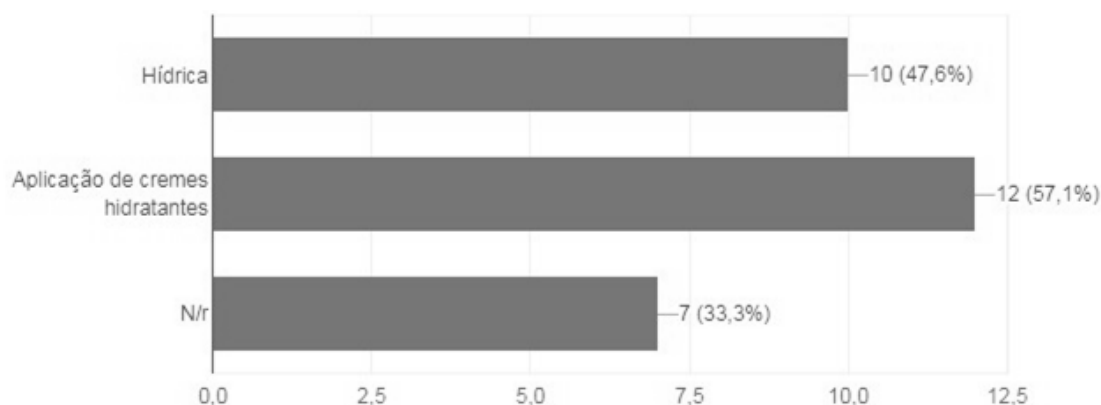


**Figura 4.11.** – Utilização de materiais de prevenção de úlceras de pressão.

Dispositivos de posicionamento/imobilização são indispensáveis para providenciar uma maior segurança a pessoas acamadas ou com mobilidade reduzida, auxiliando a prevenir situações de queda. Uma percentagem relevante dos residentes da ERPI necessita de permanecer imobilizado por este motivo (47,6%), comparando com (52,4%) que não o requer (ver Apêndice II – figura 2).

“Com o envelhecimento, o ressecamento da pele do corpo é uma regra, devido a diminuição da produção de suor e óleo pelas glândulas (...) que além de causarem incómodo pelo aspeto áspero e envelhecido, podem resultar em prurido persistente e até gerar alergias (dermatites)” (Gameiro, s.d., p. 14). Também no processo de envelhecimento, os desequilíbrios hídricos são mais frequentes, pelo que certos cuidados ao nível da hidratação –

hídrica e da pele<sup>6</sup> - devem ser tomados consoante a condição clínica e de dependência das pessoas idosas, evitando situações de desidratação, infeções, úlceras de pressão e outras feridas. Neste diagnóstico verificou-se que a maioria das pessoas idosas institucionalizadas requer um reforço de hidratação ao nível da pele (57,1%) e também na ingestão de água (47,6%). Em minoria, (33,3%) dos residentes não necessita deste apoio.



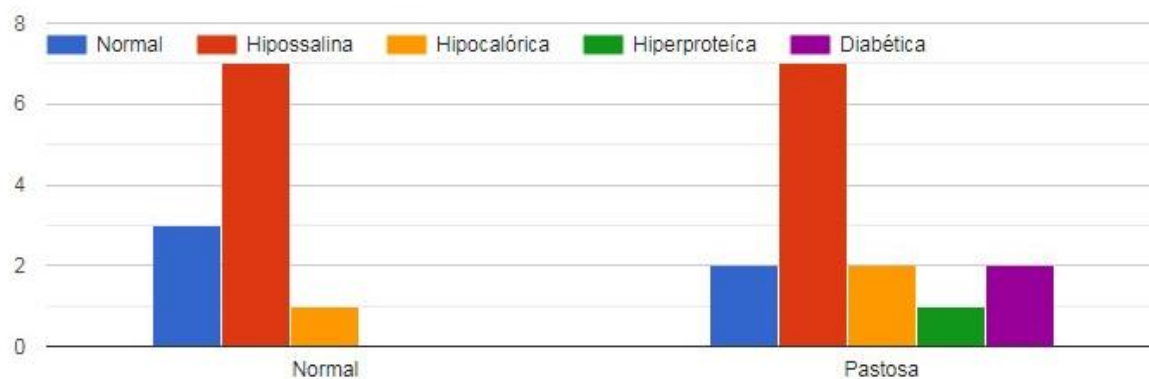
**Figura 4.12.** – Reforço de hidratação.

Relativamente à consistência, a alimentação confeccionada na ERPI pode ser geral ou normal, quando é “completa, equilibrada e variada, desenhada segundo os princípios da alimentação saudável” (DGS, 2018, p. 4), destinando-se a doentes que não requeiram modificações alimentares específicas, ou por sua vez pastosa, favorecendo a ingestão alimentar em caso de dificuldade de mastigação ou deglutição. Quanto às especificidades, diversos tipos de dietas podem ser atendidos, no entanto nesta ERPI consideraram-se apenas as seguintes:

- Dieta hipossalina: restrita em sal;
- Dieta hipocalórica: restrita em energia;
- Dieta hiperproteica: rica em proteína;
- Dieta diabética: restrita em hidratos de carbono.

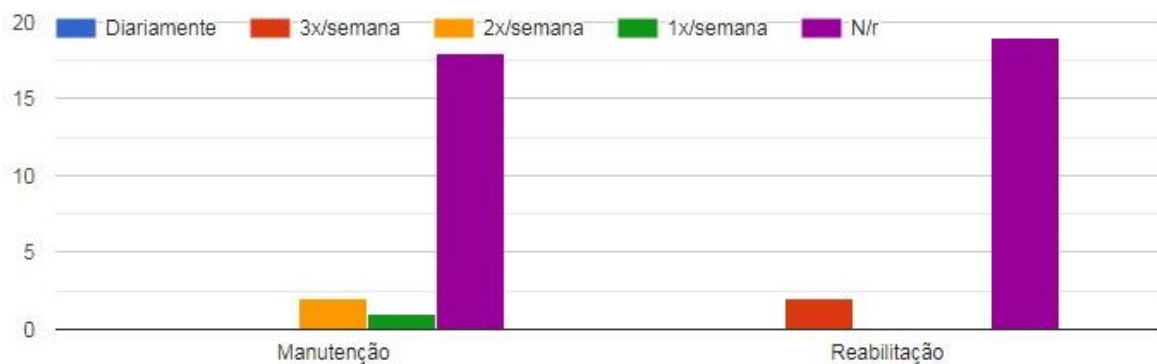
Alguns residentes apresentam dieta hipossalina, sendo a mesma normal ou pastosa (7 pessoas, respetivamente). Ainda, 3 dos residentes não necessitam de realizar dieta alimentar e apenas 1 faz dieta hipocalórica de consistência normal. Quanto às dietas pastosas, 2 dos residentes tem restrição alimentar em termos de energia (hipocalórica), também 2 em hidratos de carbono e somente 1 tem reforço em proteínas.

<sup>6</sup> Além da aplicação de creme hidratante corporal comum, estas pessoas necessitam de cremes de ação específica (ex. aplicação de Halibut e Olidermil).



**Figura 4.13.** – Dieta.

Quanto à fisioterapia, verifica-se que a maior parte dos residentes não realiza. Dos que usufruem deste serviço, 3 têm Fisioterapia de manutenção (2x/semana e 1x/semana) e 2 de reabilitação. No que concerne à Ginástica (ver Apêndice II – figura 3), também a maioria dos residentes não realiza (57,1%), tendo esta atividade uma adesão de (42,9%), ou seja, 9 residentes.



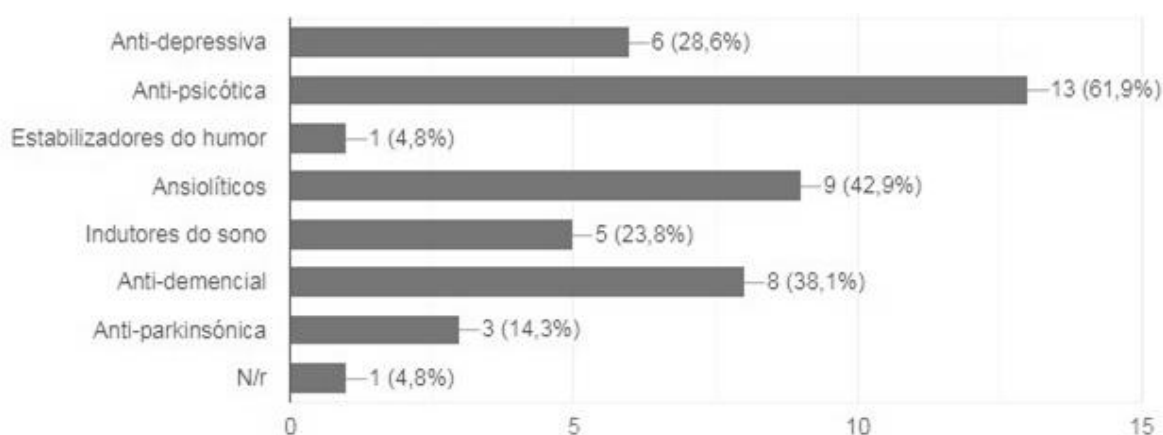
**Figura 4.14.** – Fisioterapia.

De seguida, apresentam-se os resultados obtidos para o bem-estar psicológico.

#### 4.4. Bem-estar psicológico

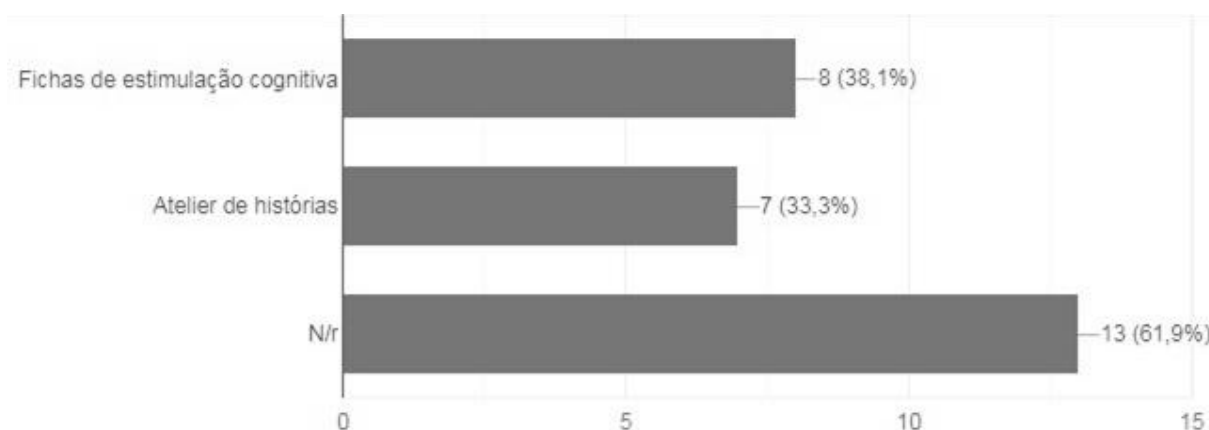
O bem-estar psicológico diz respeito ao equilíbrio emocional, à relação entre o interior e as vivências externas individuais, bem como aos sentimentos, às emoções e às perceções em relação a si, aos demais e às experiências vividas pelos indivíduos (Amzat & Razum, 2014; Machado & Bandeira, 2012). Durante a institucionalização, (61,9%) dos residentes já necessitaram de apoio emocional em algum momento, sendo que (38,1%) não tiveram esta necessidade (ver Apêndice II – figura 4).

Visando promover o bem-estar dos residentes, a terapêutica de cariz neurológico ou psiquiátrico foi encontrada nos planos terapêuticos de muitos residentes, sendo a mais comum a medicação antipsicótica (61,9%), seguindo-se os ansiolíticos (42,9%) e a antidemencial (38,1%). A medicação antidepressiva ocorre em 28,6% dos casos, os indutores do sono em (23,8%) e a antiparkinsoniana em (14,3%). Apenas 1 residente é medicado com estabilizadores do humor e apenas 1 residente não realiza qualquer tipo de medicação neurológica ou psiquiátrica.



**Figura 4.15.** – Terapêutica neurológica/psiquiátrica.

Com o intuito de compreender o contributo da Animação Sociocultural com enfoque na componente psicológica e emocional, destacaram-se as atividades desenvolvidas na ERPI para o efeito (figura 4.16.). De facto, a maioria das pessoas idosas não realiza atividades deste tipo (61,9%) e (38,1%) participa nas sessões de estimulação cognitiva cujo objetivo é preservar ou potenciar o desempenho das funções cognitivas, a destacar a memória, a atenção, o raciocínio e a capacidade de resolução de problemas através de fichas diversas. Por sua vez, no “Atelier de histórias”, que estimula a memória na leitura de histórias e partilha de experiências, participam (33,3%) dos indivíduos da ERPI.

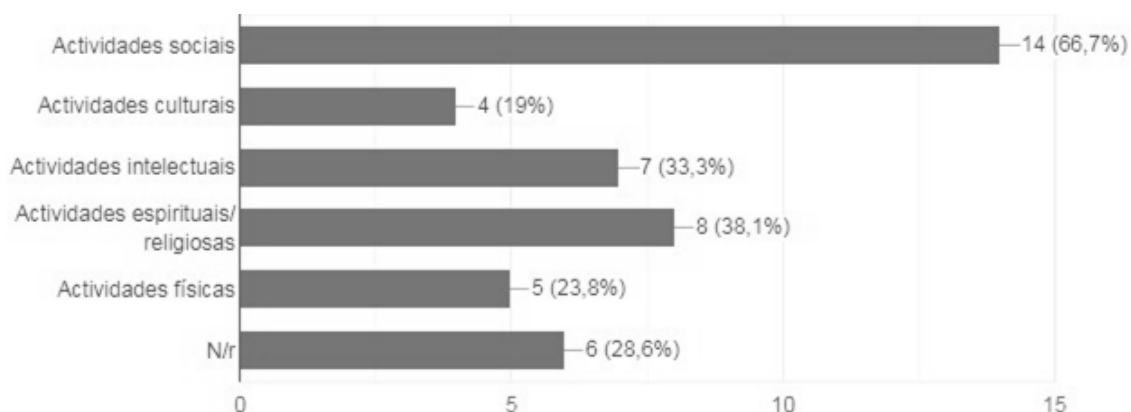


**Figura 4.16.** – Animação sociocultural.

A capacitação ou *empowerment* (ver Apêndice II – figura 5) é uma necessidade visível na maioria dos residentes (85,7%) para a sua reabilitação física e social assim como para a adaptação ao processo de institucionalização.

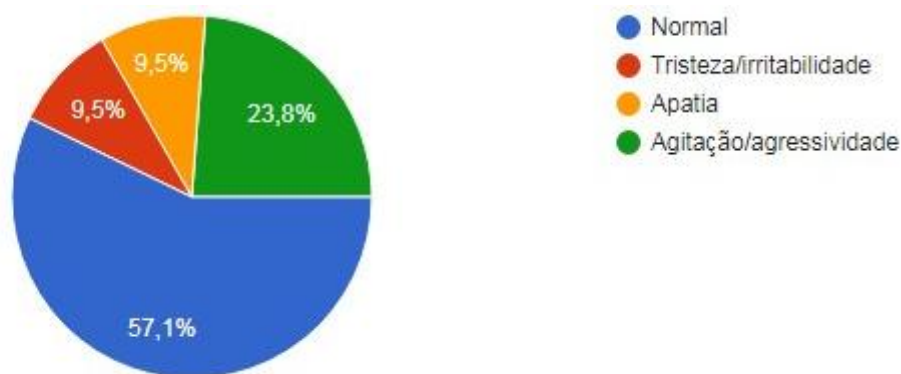
O autoconceito e a autoaceitação dizem respeito aos comportamentos que os indivíduos têm em relação a si mesmos e à maneira como se percebem. Permitindo avaliar o bem-estar emocional dos residentes, verificou-se que a maioria dos residentes tem um conceito positivo de si mesmo (42,9%), (19%) tem um autoconceito negativo e (38,1%) não se pronuncia relativamente a esse aspeto (ver Apêndice II – figura 6).

Visando também compreender o bem-estar a este nível, incluiu-se a envolvimento dos residentes, por sua iniciativa, em atividades de desenvolvimento pessoal. As atividades sociais são as mais frequentes (66,7%), que dizem respeito ao desenvolvimento de relações, conversações, visualização de TV, entre outras atividades que propiciam o convívio e a integração sociais. (38,1%) dos residentes tem interesse em atividades de cariz religioso ou espiritual, seguindo-se as atividades intelectuais (leitura, jogos de memória, etc.). (23,8%) das pessoas idosas envolve-se autonomamente em atividades físicas (em que se incluem pequenas caminhadas ou pequenos exercícios de estímulo físico). (19%) das pessoas idosas tem interesse em atividades culturais e (28,6%) não realiza atividades por sua iniciativa.



**Figura 4.17.** – Desenvolvimento pessoal (por iniciativa própria).

Relativamente ao estado comportamental e ao humor na vivência em ERPI, constatou-se que 57,1% dos residentes apresenta harmonia e tranquilidade (comportamento normal), (23,8%) dos residentes apresenta períodos de agitação e/ou de agressividade e (9,5%), respetivamente, manifesta tristeza ou irritabilidade e apatia.



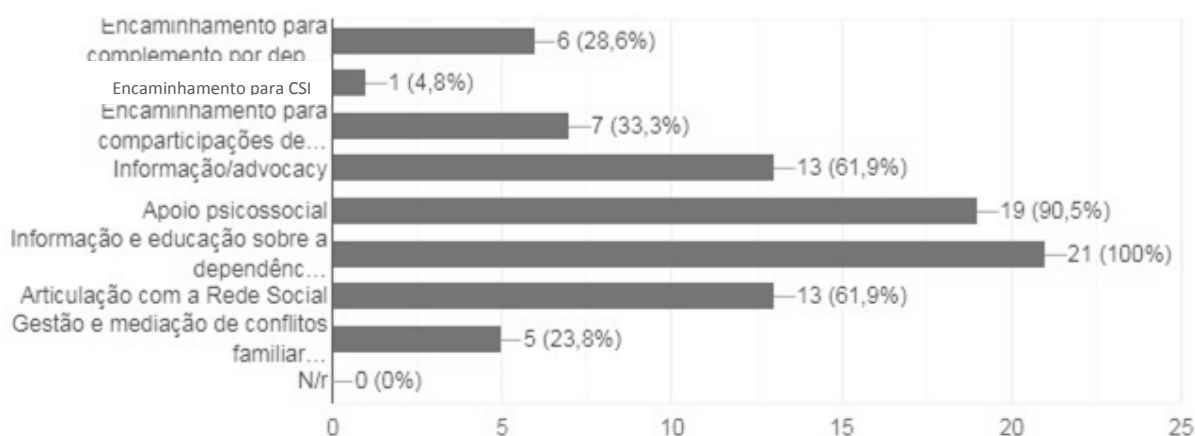
**Figura 4.18.** – Humor e comportamento.

Por último, no que concerne ao bem-estar social, distinguem-se adiante os resultados.

#### 4.5. Bem-estar social

O bem-estar social tem em conta as relações sociais de cada indivíduo, as interações com o ambiente e os outros, bem como o desempenho de papéis sociais nos grupos ou na comunidade (Amzat & Razum, 2014), aspectos estes em consideração de seguida.

Os vários tipos de apoios sociais prestados na ERPI foram destacados, verificando-se que o principal suporte é prestado ao nível da informação sobre o tema da dependência e da institucionalização (100%) e ao nível psicossocial (90,5%). Segue-se também com elevada relevância o *advocacy* e a articulação com a Rede Social envolvente (ambos com 61,9%). Em (33,3%) dos casos ocorre encaminhamento para comparticipações de subsistemas de saúde, (28,6%) para a prestação de complemento por dependência e apenas se registou um caso de encaminhamento para complemento solidário para pessoas idosas. Todos os residentes da ERPI beneficiam de apoio social em algum aspeto.



**Figura 4.19.** – Apoio social.

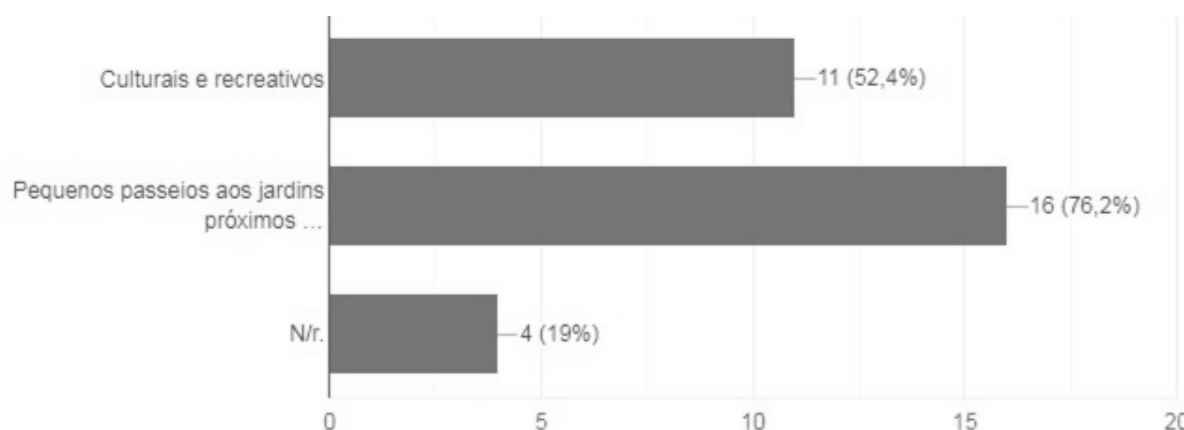
Compreendendo-se a adaptação ao processo de institucionalização, denota-se que praticamente todas as pessoas idosas manifestam harmonia em relação ao facto de residirem numa ERPI (95,2%) o que revela uma integração plena, pelo que somente se destaca um caso de revolta ou lamentações no que concerne a essa questão (ver Apêndice II – figura 7).

Na relação com os restantes indivíduos que se encontram no dia-a-dia da ERPI, verifica-se que a maioria, 16 pessoas idosas, não desenvolve tarefas simples de entreaajuda e 15 de acolhimento de outros residentes. Sabe-se que 4 dos residentes auxiliam a equipa e também outros residentes em pequenas tarefas. Apenas 6 procuram acolher pessoas idosas recentemente institucionalizadas, prestando-lhes apoio emocional e incentivo, conforme se pode visualizar na figura seguinte.



**Figura 4.20.** – Participação/entreaajuda.

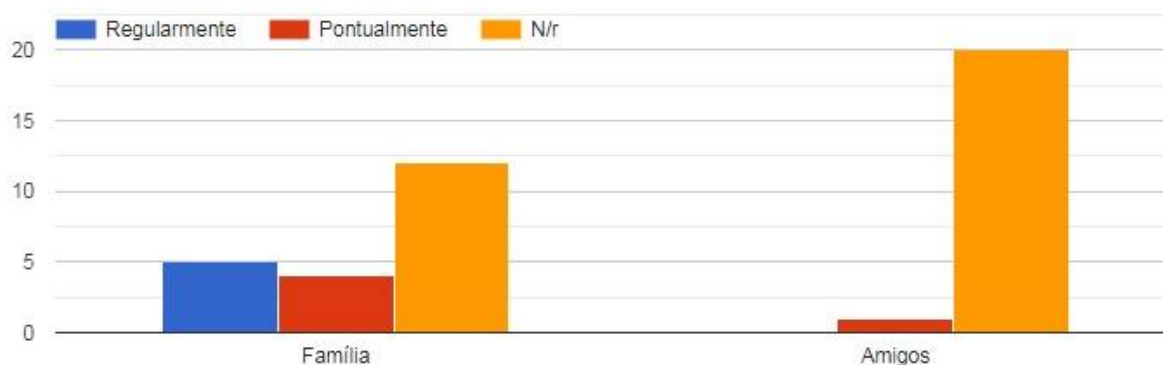
Quanto às saídas organizadas pela ERPI, (76,2%) participa em pequenos passeios nas proximidades da ERPI, (52,4%) envolve-se em saídas culturais e recreativas (idas ao teatro, a museus, piqueniques, etc.) e (19%) não se ausenta da ERPI para passeios coletivos.



**Figura 4.21.** – Realização de passeios organizados pela ERPI.

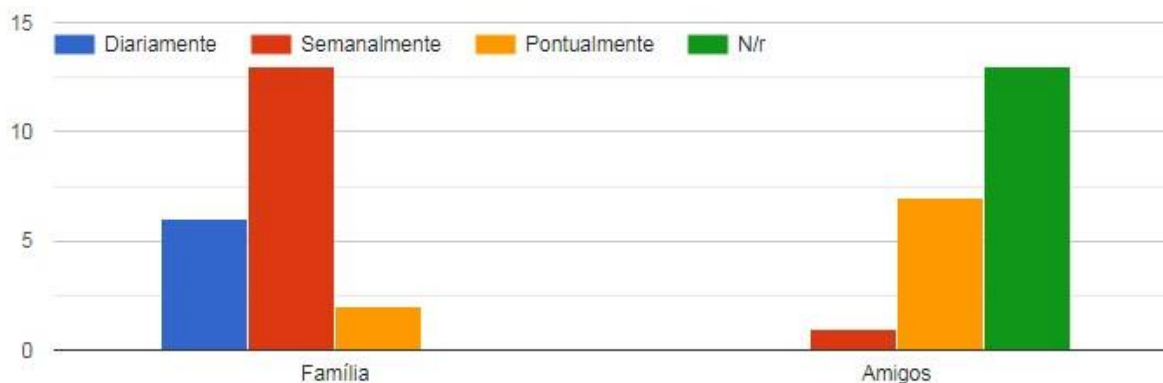


A maioria das pessoas idosas não sai com a família nem com amigos (12 e 20, respetivamente). Apenas 5 saem regularmente com a família ao exterior da ERPI (almoços, jantares, passeios, etc.) e 4 fazem-no de forma pontual. Neste ponto excluem-se as saídas para consultas externas e ECD.



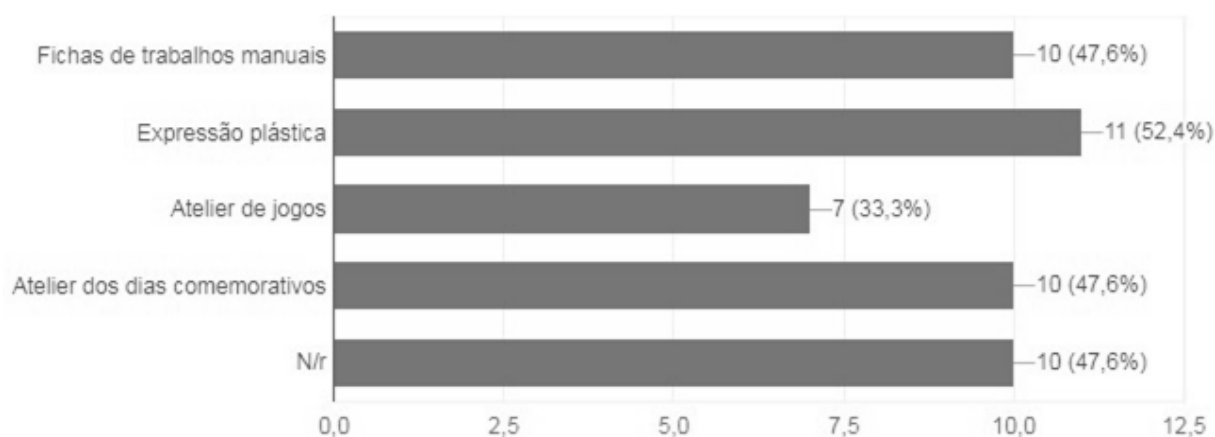
**Figura 4.22.** – Saídas ao exterior com a rede de apoio informal.

No que concerne às visitas da rede social dos residentes, verifica-se que a maior parte das visitas ocorrem semanalmente pela família (para 13 residentes). Diariamente 6 residentes têm contacto e convivem com a família presencialmente. Pontualmente, 7 residentes recebem visitas de amigos e a maior parte não tem.



**Figura 4.23.** – Visitas.

A Animação Sociocultural tem mais participantes nas atividades de expressão plástica (52,4%) e também nas sessões de fichas de trabalhos manuais e no “Atelier dos dias comemorativos” (47,6% cada). O “Atelier de jogos” tem (33,3%) de participações. (47,6%), ou seja, 10 residentes não participa em qualquer atividade de Animação.

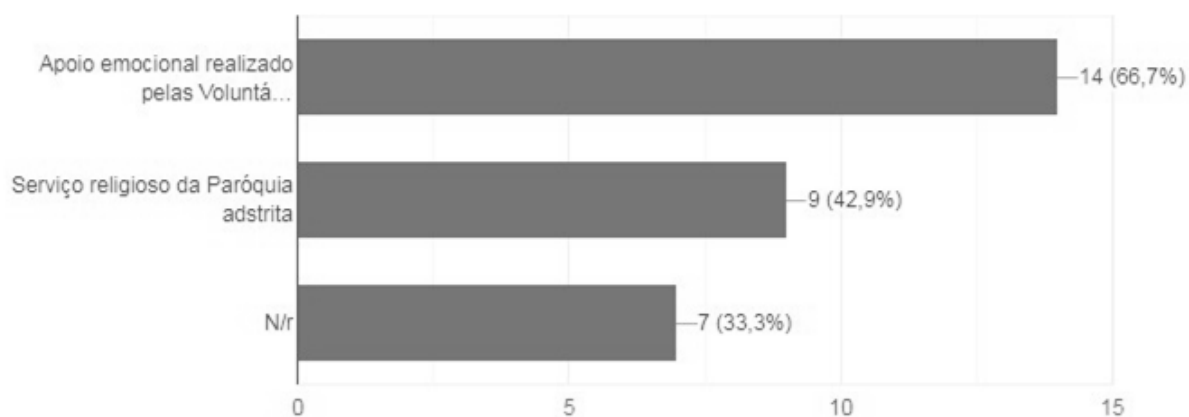


**Figura 4.24.** – Animação sociocultural.

A maioria convive e estabelece relações essencialmente com elementos da equipa (57,1%), seguindo-se com outros residentes (47,6%) e visitas (38,1%) (ver Apêndice II – figura 8).

Quanto aos momentos de convívio e de lazer no jardim da ERPI, somente 3 pessoas idosas não participa (14,3%) (ver Apêndice II – figura 9). Por sua vez, as festas organizadas pela ERPI mostram elevada adesão (95,2%), salientando-se apenas um caso de não participação (ver Apêndice II – figura 10).

Finalmente, no que se refere ao suporte religioso e emocional realizado pela Paróquia adstrita e pelas Voluntárias verifica-se que (66,7%) dos residentes participa nas visitas semanais das voluntárias da Igreja e beneficia do seu apoio emocional, enquanto que (42,9%) participa nas atividades religiosas realizadas ao Domingo (missa e hóstia) e (33,3%) não usufrui destas atividades.



**Figura 4.25.** – Espiritualidade.

#### **4.6. Síntese diagnóstica: especificidades das condições e do usufruto de serviços (saúde e social)**

As pessoas que residem nesta ERPI apresentam características comuns às pessoas idosas e muito idosas da sociedade portuguesa, nomeadamente são na sua maioria mulheres em idade avançada, superior a 80 anos, que se encontram na condição de viúvas. Estes dados revelam e confirmam a feminização do envelhecimento, de acordo com autores como Marques (2012), Gavasso e Beltrame (2017) e também Rodrigues (2018, p. 27) que afirma que: “a maior sobrevivência das mulheres e o seu predomínio nas idades mais avançadas refletem outra característica do processo de envelhecimento”.

Em termos de condição económica existem diferenças quanto à proveniência dos rendimentos que resultam de reformas de velhice e de sobrevivência. Os valores aferidos estão abaixo dos 600 euros ou na ordem dos 1000 euros, no momento da admissão. Estes valores estão de acordo com a profissão exercida, de modo que os que auferem menos estão incluídos em profissões não qualificadas e os que auferem pensões mais elevadas apresentam profissões intelectuais com formação superior. Tal facto consubstancia uma heterogeneidade das pessoas idosas com base nos rendimentos auferidos e no nível educacional. Estas pessoas não beneficiam de apoios sociais pecuniários que complementem as suas pensões aquando a admissão na ERPI, mesmo nos casos mais precários.

Em termos de necessidades em saúde e sociais, verifica-se que se tratam, principalmente, de indivíduos com desorientação no tempo e que apresentam discurso incoerente ou períodos de confusão mental, o que significa que estas pessoas não apresentam capacidade de gestão do seu quotidiano de forma autónoma, necessitando de acompanhamento e suporte permanentes e qualificados. Esta é uma das razões para a institucionalização das pessoas idosas nestas estruturas. A necessidade de cuidados básicos e de saúde, bem como supervisão constante são características deste tipo de população (Rodríguez, 2016).

As mulheres têm uma maior esperança de vida mas neste caso esta condição é acompanhada de menor qualidade de vida, traduzida em situações de maior incapacidade e de grau de dependência, física e cognitiva, assim como de um alargado número de patologias, como vimos, na sua maioria doenças cardíacas, neurológicas, psiquiátricas e endócrinas, representando uma maior morbilidade. Estes dados são confirmados pela OMS (2017b) e por autores como Junior *et al.* (2016), Rosa (2012) e Rodrigues (2018) que apontam que o

prolongamento da vida é acompanhado do aumento de dependência física e/ou psíquica responsável pela perda de autonomia e pela maior incidência de doenças crônicas e de evolução prolongada, principalmente para as mulheres, como aponta Gil (2007).

Ao nível da dimensão do bem-estar físico, é relevante salientar que, segundo a OMS (2005) e a DGS (2017), entre as principais doenças que afetam as pessoas idosas se encontram as doenças cardiovasculares e as doenças mentais, transformando-se nas principais causas de morbilidade, incapacidade e mortalidade nas pessoas idosas. Estas evidências são reveladas também neste trabalho de projeto. É, assim, possível presumir que a condição de dependência destes indivíduos seja um fator da sua institucionalização, devido à sua necessidade de cuidados básicos diários e permanentes, tal como é referido nos estudos de Alves *et al.* (2017) e Creutzberg *et al.* (2007).

Posto isto, verifica-se, assim, um público-alvo maioritariamente composto por pessoas idosas com idade superior a 80 anos e com níveis elevados de dependência em todas as atividades, principalmente ao nível da higiene, da mobilidade, da utilização do wc e da continência, dados já anteriormente confirmados pelo GEP e pelo MTSS (2017b) na avaliação das respostas sociais dirigidas à população idosa.

Anteriormente à institucionalização, as pessoas idosas detinham acompanhamento médico de especialidade ou de clínica geral, pelo que o apoio médico prestado pela ERPI dará continuidade e um seguimento mais regular das condições clínicas dos residentes, tanto em termos preventivos, como de diagnóstico e de tratamento através da requisição de exames complementares de diagnóstico, do encaminhamento para consultas externas e para unidades hospitalares e também de receituário médico adequado.

Relativamente ao apoio de enfermagem e conforme salientado pelos autores Aleixo *et al.* (2011), Salcher *et al.* (2015) e Medeiros *et al.* (2015), identifica-se que o papel do Enfermeiro na ERPI se destaca ao nível da gestão, organização, apoio e acompanhamento dos cuidados, bem como do ensino à equipa de cuidadores. Neste trabalho de projeto verificou-se com menor frequência, mas não menos relevante, uma função curativa em alguns casos de maior dependência dos residentes, nomeadamente na realização de pensos, algaliação, entubação, etc. Na ERPI, a enfermagem atua essencialmente no âmbito da prevenção, da vigilância da saúde, da educação para a saúde e da promoção para a autonomia ao sensibilizar a equipa, os residentes e suas famílias para os cuidados de saúde essenciais e para hábitos de vida saudáveis.

Esta tem ainda um papel de extrema importância na medida em que identifica a necessidade de determinados cuidados específicos, orientando-os, tais como a avaliação de sinais vitais, os posicionamentos, a utilização de materiais de prevenção de úlceras de pressão, a colocação de imobilização, o reforço de hidratação e a definição da dieta alimentar. Estes cuidados são permanentes e, por sua vez, significativos nesta ERPI, devido ao elevado grau de dependência das pessoas idosas e da complexidade em torno da morbilidade existente. Porém, pensa-se que o evidente carácter preventivo dos cuidados prestados poderá justificar a reduzida necessidade de tratamentos de enfermagem, ou seja, da execução de curativos, tratando-se de um indicador de qualidade.

A Fisioterapia e a Ginástica são serviços menos frequentados, o que se pode dever a fatores económicos, dado que são atividades extra mensalidade. Ainda assim, considera-se que muitos dos residentes não aderem à Ginástica Sénior uma vez que se encontram em condições de elevada dependência física e cognitiva, impossibilitados de realizar certos exercícios físicos que exigem mobilidade e colaboração.

Quanto à dimensão do bem-estar psicológico, denota-se que os residentes desta ERPI carecem de apoio emocional e de *empowerment* para a adaptação à institucionalização e para a sua reabilitação psicomotora. Relembra-se os pressupostos de Duarte (2014) e de Pereira (2012) segundo os quais a institucionalização pressupõe uma ressocialização intensa e uma profunda alteração de papéis sociais com impactos afetivos e identitários, que poderá ser atenuado se o espaço institucional for um meio de desenvolvimento ótimo em que o “social tem de estar presente com o (...) espírito de proteção e de carinho” (Pereira, 2012, p. 153).

Não obstante, a maioria das pessoas idosas que se encontram orientadas apresenta um autoconceito positivo, desenvolve atividades sociais por sua iniciativa, demonstra tranquilidade e harmonia pela vivência em ERPI e alguns deles, possivelmente os mais independentes, assumem ações de solidariedade para com outros residentes e equipa, de acordo com uma adaptação plena e bem-sucedida ao processo de institucionalização. A este propósito, recorda-se a afirmação de Marques *et al.* (2009), que vem de encontro a tais resultados, na medida em que a institucionalização poderá, por um lado, ser uma experiência de segurança e tranquilidade e, por outro, ser útil para a autoestima ao aumentar as oportunidades de interação e papéis sociais adequados às pessoas idosas. Segundo os autores, a satisfação e a autoestima são fatores de um envelhecimento bem-sucedido, proporcionais à atividade desenvolvida e à intensidade das interações sociais.

Neste seguimento e sobre a dimensão do bem-estar social, denota-se que quando estimulados e incentivados pelos profissionais, muitos dos residentes da ERPI participam em convívios, passeios ao exterior, festas culturais e temáticas, atividades de animação sociocultural, principalmente trabalhos de expressão plástica e manuais e atividades dos dias comemorativos, bem como em atividades espirituais e religiosas. Supõe-se que os valores de não participação em atividades de desenvolvimento pessoal e social apresentem nas suas causas aspetos individuais, no que diz respeito a traços de personalidade e interesses pessoais, mas principalmente aspetos cognitivos, tratando-se dos casos de incapacidade (por exemplo as demências), em que a interação com os demais e o desenvolvimento pessoal são dificultados, relembrando uma vez mais os níveis de dependência verificados no diagnóstico.

Considera-se que o suporte da rede de apoio informal, nomeadamente a família, contribui para o bem-estar dos residentes, uma vez que a grande maioria dos residentes da ERPI tem contacto semanal ou diário com a família, através de visitas. Esta aceção é confirmada por Pereira (2012, p. 153) ao referir que “as visitas dos familiares aumentam a autoestima das pessoas idosas junto do seus companheiros de instituição”. Todavia, denota-se que a institucionalização dos residentes constitui uma rutura com a comunidade, dado que comumente os residentes não saem ao exterior, salvo nos passeios organizados pela ERPI ou em deslocações aos serviços de saúde.

Os residentes desta ERPI necessitam de apoio social, numa perspetiva funcional, de acordo com Marques *et al.* (2009) em termos de apoio emocional, apoio material ou instrumental e apoio informacional. Esse apoio prestado é indiferente à condição económica dos residentes, pois trata-se principalmente de um suporte psicossocial, informacional e educacional no que concerne à situação de dependência e ao processo de institucionalização, bem como sobre os direitos e benefícios em relação aos serviços de ação social e de saúde comunitários. Segundo os autores supracitados, uma adaptação bem-sucedida à institucionalização está associada a níveis superiores de apoio social. Pode-se depreender que todo o apoio prestado na ERPI, ao nível socioeducativo, contribui para os níveis de harmonia, participação e interações sociais, sugestivos de uma integração positiva dos residentes.

Identificação de problemas	Identificação de necessidades
Elevados graus de dependência funcional e cognitiva	Apoio na realização de atividades humanas básicas
Doenças crónicas	Proteção e segurança (integridade física e psíquica)
Doenças mentais	Cuidados de saúde
Doenças do foro psiquiátrico	Apoio emocional
Dificuldades na relação e comunicação	Capacitação ( <i>Empowerment</i> )
Problemas na adaptação à institucionalização	Autonomia e participação
Problemas na aceitação do envelhecimento enquanto processo de vida	Informação/educação sobre a doença e sobre os cuidados necessários
Problemas na relação familiar	Informação sobre o modelo organizacional e funcional da ERPI
Enfraquecimento das redes de socialização no exterior	Socialização e ocupação para o desenvolvimento pessoal
Desajustamento psicossocial	Apoio socioeconómico
Precariedade económica	Envolvimento e participação da rede de apoio informal
	Manutenção de redes sociais na comunidade

**Tabela 4.2.** – Elaboração própria - Síntese diagnóstica: identificação dos principais problemas e necessidades dos residentes da ERPI.

## **PARTE III. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CUIDADOS DE SAÚDE E SOCIAIS CENTRADOS NA PESSOA**

### **Capítulo 5. Estratégias de intervenção para a melhoria da saúde e do bem-estar numa ERPI**

“Muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial para melhorar” (DGS, 2017, p. 6). Levando em conta o comprometimento de Portugal para com os valores e objetivos fundamentais da UE para a promoção do envelhecimento ativo, a proposta de intervenção adiante apresentada surge nesse contexto e visa otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança das pessoas idosas numa ERPI e reforçar os cuidados centrados na pessoa, conforme preconizado pela OMS (2017c).

No âmbito deste trabalho de projeto, a elaboração da proposta de intervenção para a melhoria dos cuidados de saúde e sociais a idosos centrados na pessoa consubstancia-se num quadro de referência dos direitos humanos e da humanização dos cuidados e também no “Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas” (DGS, 2004) e na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (DGS, 2017), cujas recomendações no âmbito da política nacional para a população idosa são de suma importância. Esta proposta de intervenção pretende, através da operacionalização das suas estratégias e medidas, contribuir para a promoção do envelhecimento ativo de pessoas idosas residentes numa ERPI e para a melhoria e adequação da resposta institucional às necessidades específicas identificadas *a priori* (tabela 4.2.). A abordagem integrada e multidisciplinar são imperativos da intervenção, assim como a perspetiva biopsicossocial da saúde na resposta às necessidades destes indivíduos.

Entre as várias necessidades identificadas no diagnóstico das pessoas idosas da ERPI, elaborado anteriormente, considera-se pertinente intervir, especialmente ao nível: da prestação de cuidados centrados nos indivíduos; do envolvimento e participação da rede de apoio informal; da complexidade das doenças mentais e psiquiátricas; e da manutenção de redes sociais na comunidade. Destacam-se estas como necessidades mais veementes, conforme se justifica de seguida:

- Para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas idosas numa ERPI a intervenção é desafiada a equilibrar as necessidades da pessoa (modelo centrado na pessoa) e as normas e regras da ERPI (Mulas, 2014). Esta proposta de intervenção centra-se nas pessoas



idosas através de um modelo participativo que visa envolver as mesmas e a sua rede de apoio informal na identificação de problemas, planeamento de cuidados e informação sobre a evolução de aspetos clínicos e sociais no processo de institucionalização, reconhecendo também a importância da família para a integração plena das pessoas idosas na ERPI, assim como para a harmonia na prestação dos cuidados e na relação tripartida família-residente-instituição.

- A incidência de doenças mentais e do foro psiquiátrico na ERPI é notória, sendo crucial o desenvolvimento de conhecimento prático e teórico para lidar com as especificidades destas doenças, cada vez mais complexas e exigentes, atendendo que as ERPI não estão preparadas, dos pontos de vista físico e técnico, para lidar com tais situações. Assim, a proposta de intervenção deste trabalho de projeto procura atender a este aspeto.

- Deve-se destacar o elevado número de pessoas idosas da ERPI que tem nesta entidade o único meio de socialização e de estabelecimento de redes sociais, o que se pressupõe prejudicial para o desenvolvimento pessoal e bem-estar das pessoas idosas, tanto quanto para a aceitação do processo de institucionalização por estas vivenciado.

Neste sentido, a presente proposta de intervenção tem como linhas orientadoras a saúde, a participação e a segurança, apresentando para cada uma delas várias estratégias de intervenção, medidas e, mais especificamente, ações a serem implementadas pela equipa e que têm em conta os recursos humanos e físicos existentes na ERPI, trazendo somente implicações para a estrutura funcional da mesma.

### **5.1. Cuidados centrados na pessoa**

A abordagem centrada na pessoa tem como base a teoria de Carl Rogers (1961). Este psicólogo argumentava a existência de três condições para que essa abordagem se concretizasse: a consideração positiva incondicional, a empatia e a congruência. O cuidado centrado na pessoa tem a génese nesta teoria. É um conceito que abarca princípios e atividades com enfoque na personalização dos cuidados, orientando o planeamento dos serviços e auxiliando a prática profissional. O objetivo é que a pessoa idosa além de receber os cuidados de que necessita, tenha a possibilidade de participar e tomar decisões sobre a sua própria saúde e em relação aos cuidados, vivendo de acordo com os seus valores e as suas preferências (Rodríguez, 2016; Proqualis, 2016). Esta abordagem é considerada neste trabalho de projeto dadas as vantagens que podem acarretar para o residente e na prestação de serviços

da ERPI. Considera-se pois que os cuidados centrados na pessoa podem melhorar a experiência vivida pela pessoa idosa, a qualidade do cuidado, os resultados de saúde, a relação residente-equipa e o desempenho e motivação da equipa, favorecendo a adaptação e o percurso do indivíduo em meio institucional. De forma a implementar esta prática nos serviços da ERPI, procurou-se incluir na proposta de intervenção (adiante demonstrada) uma formação, inclusiva no plano anual, sobre cuidados centrados na pessoa (princípios e planeamento para a prática) bem como a elaboração de um guia de qualidade na prestação dos mesmos. Estas ferramentas de trabalho colocam em referência os cuidados centrados na pessoa e o comprometimento da ERPI na sua execução, da seguinte forma (de acordo com a Proqualis, 2016):

- garantir que os residentes sejam tratados com dignidade, respeito e compaixão;
- desenvolver apoio, cuidados e tratamentos coordenados, personalizados e capacitantes;
- oferecer um cuidado adaptado às necessidades, circunstâncias e preferências dos residentes;
- incluir os residentes nas decisões, prestando os cuidados “com” e não “para” eles, numa relação de parceria entre os profissionais e os residentes;
- apoiar no desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e confiança para gerir e tomar decisões sobre a sua saúde de forma mais efetiva, promovendo uma vida plena e independente aos residentes;
- examinar o que é importante para os residentes e auxiliar a traçar objetivos e ações para os atingir;
- promover o autocuidado, estimulando os residentes para a execução de tarefas de forma independente, com alguma supervisão (ex. tarefas de higiene pessoal ou na toma de determinado medicamento);
- enfatizar uma abordagem holística para o cuidado, considerando a pessoa como um todo e tendo em conta as preferências, bem-estar e contexto social e cultural mais amplo, sem um foco estreito na doença ou nas limitações físicas/cognitivas;
- realizar Rondas de Schwartz, ou seja, tempos de reflexão e troca de ideias, após o almoço da equipa, na análise de qualquer ocorrência/dificuldade anunciada pelos membros da mesma em relação a determinado residente, cujo foco são aspetos não clínicos do cuidado.

Tem em vista a resolução do problema anunciado e a partilha de conhecimentos, dúvidas e sentimentos, aperfeiçoando a prática profissional.

## 5.2. Melhorar a Saúde: promoção da saúde e bem-estar

No âmbito da saúde, a proposta de intervenção coloca enfoque na prestação de cuidados mais eficazes e holísticos, centrados no residente. Dá-se ênfase na formação e reforço de mecanismos de colaboração intra e interinstitucional, na gestão de processos demenciais e na promoção de hábitos de vida saudáveis, em particular o estímulo à atividade física.

Estratégias de intervenção	Medidas	Ações
<b>Reforçar a prestação de cuidados integrados</b>	Promover a literacia em saúde	Formações formais aos AAD (mensais) ministradas pela Enfermeira e pela Assistente Social (Plano de Formação Anual): - Cuidados ao doente acamado - Cuidados na alimentação com SNG - Cuidados ao doente algaliado - Posicionamento e transferências - Cuidados na prevenção e tratamento de UP - Nutrição no envelhecimento - Intervenção em cuidados paliativos - Direitos da pessoa idosa, heterogeneidade e contributos para a sociedade
	Desenvolver cuidados centrados na pessoa	- A sexualidade na pessoa idosa - Comunicação e relações interpessoais
	Reforçar a articulação intrainstitucional	- Adaptação do ambiente envolvente: promoção de um ambiente positivo, seguro e capacitador - Prestação de cuidados centrados na pessoa: princípios e planeamento para a prática
	Potenciar a articulação interinstitucional	- Bem-estar emocional do cuidador: estratégias de <i>coping</i>  Rondas de Schwartz (ver ponto anterior - 5.1. Cuidados Centrados na Pessoa)  Reuniões multidisciplinares formais (semanais) para discussão de casos clínicos e sociais (com Médico, Enfermeira, Assistente Social e se aplicável, Fisioterapeuta e Animadora)  Reuniões formais entre equipa técnica e AAD (semanais) para orientações ao nível dos cuidados, ajustes de acordo

		<p>com as necessidades, especificidades e interesses dos residentes e registo em Livro de Atas</p> <p>Elaborar guia de qualidade na prestação de cuidados centrados na pessoa idosa</p> <p>Elaborar guia de atuação em situações de emergência (doença súbita, falecimento, queda, obstrução da via aérea, agressão, incêndio)</p> <p>Estabelecer parceria com empresa privada de transporte adaptado com atividade permanente (24h) para facilitar o transporte em caso de alta hospitalar no período noturno e deslocações a consultas e ECD</p> <p>Sensibilizar a rede de apoio informal que acompanha os residentes a consultas externas para a solicitação de relatório médico com o feedback das consultas e orientações para a equipa da ERPI</p>
<b>Promover a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com demência</b>	<p>Desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa com demência e nas AVD's</p> <p>Definir abordagem centrada na pessoa com demência</p>	<p>Formações formais aos AAD (incluídas no Plano de Formação Anual):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações cognitivas, funcionais e comportamentais na demência</li> <li>- Comunicação com a pessoa com demência</li> <li>- Estratégias nas atividades de vida diárias na demência</li> <li>- Prestação de cuidados centrados na pessoa com demência</li> </ul>
<b>Impulsionar a atividade física e a mobilidade</b>	<p>Alargar as atividades de estímulo físico, em particular para os residentes que não beneficiam de Ginástica Sénior ou Fisioterapia (serviços extra-mensalidade)</p>	<p>Realizar caminhadas em grupo (semanais) no jardim da ERPI ou no exterior da mesma (nas proximidades, beneficiando dos parques urbanos envolventes do Concelho)</p> <p>Adquirir pedaleiras, arcos, bolas e elásticos para a realização de pequenos exercícios individuais de utilização livre</p> <p>Elaborar folhetos informativos sobre os benefícios da atividade física no envelhecimento e sobre hábitos de vida saudáveis (alimentação e hidratação)</p> <p>Reforçar as atividades de Animação Desportiva em grupo ou individuais</p>

**Tabela 5.1.** - Elaboração Própria - Estratégias de intervenção: Saúde.

### 5.3. Participação: pessoas idosas e desenvolvimento

Neste campo pretende-se promover a educação e a formação sobre questões de saúde, envelhecimento e institucionalização, bem como contribuir para um ambiente potenciador da integração e participação.

Estratégias de intervenção	Medidas	Ações
<b>Promover o envolvimento da rede de apoio informal</b>	Desenvolver o conhecimento da rede de apoio informal sobre a evolução da condição clínica e cuidados necessários, reduzindo as irreais expectativas familiares sobre a situação de dependência dos residentes	Realizar conferências familiares (reuniões conjuntas entre a equipa técnica e a rede de apoio informal dos residentes - semestrais) para atualização da informação sobre a condição clínica e situação social do residente à família e planeamento conjunto dos cuidados (uma vez que o PIC é também reavaliado semestralmente de acordo com os normativos da Segurança Social)
	Fortalecer os laços familiares	Elaborar folhetos informativos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- O envelhecimento enquanto processo de vida: alterações físicas, psíquicas e sociais da pessoa idosa e suas necessidades</li> <li>- Direitos das pessoas idosas</li> <li>- Lidar com a doença: implicações das doenças crónicas e das demências</li> <li>- A importância da família no processo de institucionalização da pessoa idosa</li> </ul>
	Sensibilizar as famílias para a importância de saídas com os residentes ao exterior e manutenção das suas redes de socialização (para convívios diversos: almoços, passeios, idas ao café, ao jardim...)	Efetuar sessões de debate e esclarecimentos (oportunamente) em conjunto com as famílias dos residentes e os próprios sobre a problemática do envelhecimento e da institucionalização, assim como sugestões de melhoria aos serviços e condições da ERPI  Criar uma página da ERPI nas redes sociais (facebook) para divulgação de fotografias das atividades ocupacionais realizadas, dia-a-dia da ERPI e conteúdo informativo  Realizar atividades de Animação Sociocultural com as famílias (oportunamente, aos sábados)
<b>Potenciar relações intergeracionais</b>	Fomentar laços entre avós e netos	Realizar atividades específicas para preservar tempo de qualidade entre os residentes e os seus netos (ex. atividades de Animação Sociocultural com a participação dos netos dos residentes)
	Envolver jovens da comunidade e sensibilizar para a problemática do envelhecimento	Desenvolver parceria com o Centro de Juventude da Freguesia para a realização de atividades intergeracionais em ambas as instituições

		<p>Criar atividades com os Escoteiros</p> <p>Desenvolver atividades com os alunos das Escolas Básicas e Primárias do Concelho</p>
<b>Envolvimento com a Rede Social</b>	<p>Favorecer a socialização e a inclusão social</p> <p>Desmistificar estereótipos sobre a institucionalização</p>	<p>“Open house” – convite à comunidade para visitar a ERPI e conhecer o trabalho desenvolvido, bem como os serviços prestados</p> <p>Desenvolver parceria com o Centro Social e Paroquial do Concelho para partilha de sinergias e realização de atividades de Animação Sociocultural conjuntas em ambas as instituições</p>
<b>Promover o desenvolvimento pessoal, o sentido de pertença e a positividade</b>	<p>Capacitar os residentes como membros ativos da rotina da ERPI</p> <p>Desenvolver relações de colaboração entre todos os intervenientes da ERPI</p> <p>Incentivar oportunidades de desenvolvimento de competências</p>	<p>Envolver os residentes na decoração dos espaços da ERPI (decoração do jardim, composição de quadros personalizados, jarras florais e enfeites diversos)</p> <p>Proporcionar sessões de costura (elaboração de panos, pequenos remendos de roupas)</p> <p>Desenvolver sessões de literacia digital (TIC)</p> <p>Permitir a participação dos residentes em ligeiras atividades de auxílio nas refeições (ex. cortar legumes e fruta, preparar a mesa, dobrar guardanapos...)</p> <p>Incluir no espaço frases motivacionais e imagens que proporcionem sentimentos positivos (imagens da natureza e de reflexão, frases capacitadoras: “Se estiver triste, dance”, “Aqui pode sonhar bem alto”...)</p> <p>Desenvolver sessões de “dança livre” com os residentes em colaboração com a equipa (proporcionando momentos de convívio espontâneo)</p>

**Tabela 5.2.** - Elaboração Própria - Estratégias de intervenção: Participação.

#### 5.4. Segurança: ambiente propício e favorável

Finalmente, no que diz respeito à segurança, a proposta de intervenção procura reforçar a ação de suporte da ERPI em situações específicas de vulnerabilidade detetadas.

<b>Estratégias de intervenção</b>	<b>Medidas</b>	<b>Ações</b>
<b>Promover a garantia de direitos e necessidades de segurança social, física e financeira</b>	Promover intervenção eficaz que favoreça a segurança e proteção	Desenvolver atividades com os Bombeiros Voluntários adstritos para formação ao nível da atuação em situações de trauma (principalmente, quedas)
		Definir estratégias de intervenção em colaboração com a Delegação de Saúde adstrita nos casos psiquiátricos mais complexos (em que é colocada em risco a integridade física dos próprios e dos demais, bem como o harmonioso funcionamento da ERPI)
	Enfatizar a resposta a situações de vulnerabilidade mais frequentes, tais como o isolamento, a precariedade económica e a doença mental ou psiquiátrica	Criar um banco de roupas, de ajudas técnicas (cadeiras de rodas e andarilhos) e de materiais diversos (almofadas anti escaras, contenções de segurança, etc.) para os casos de insuficiência económica
		Desenvolver um grupo de entreajuda para capacitação dos residentes (prevenção e apoio à desmotivação, isolamento e tendência depressiva)
		Elaboração de folhetos informativos sobre apoios pecuniários da Segurança Social (Complemento por Dependência, CSI...), participações de subsistemas de saúde (ADSE, ADM, SAD PSP, SAG GNR, PT-ACS) e de outras respostas comunitárias para o envelhecimento (SAD, Centro de Dia, Centro de Convívio, RNCCI)

**Tabela 5.3.** - Elaboração Própria - Estratégias de Intervenção: Segurança.

### 5.5. Implementação, monitorização e avaliação

A implementação da intervenção proposta está dependente de aprovação por parte da Gerência da ERPI. Por sua vez, a implementação, o acompanhamento e a avaliação prevêem a colaboração da equipa multidisciplinar da ERPI – principalmente Médico, Enfermeira e Assistente Social, envolvendo também, mas com menor participação, Fisioterapeutas, Animadora Sociocultural e Professor de Ginástica. Ademais, supõe a definição posterior de um cronograma anual para o planeamento temporal das ações a realizar.

A avaliação final da intervenção será realizada por via da aplicação de questionários de satisfação (avaliação quantitativa) aos intervenientes nas ações implementadas (autoavaliação), nomeadamente:

- equipa de AAD: nível de conhecimentos adquiridos e contributos para a prática;

- pessoas idosas: nível de satisfação com os serviços prestados, apreciação de relações (com a equipa, com outros residentes, com a família, com a comunidade), apreciação da integração na ERPI e apreciação da participação na rotina da ERPI e na tomada de decisões no que concerne ao PIC;

- rede de apoio informal (famílias/pessoas significativas): nível de satisfação com os serviços prestados, nível de conhecimentos adquiridos e apreciação da participação na rotina e no PIC das pessoas idosas.

## **5.6. Limites e potencialidades**

A conciliação dos papéis de interventora e de pesquisadora poderá, antes de mais, suscitar questões ao nível da objetividade. Compreende-se que o envolvimento da interventora e da sua proximidade relativamente aos dados, ao funcionamento da ERPI e aos próprios residentes, ao que Carmo e Ferreira (2008, p. 126) denominam de “mergulho profundo”, poderá, por um lado, condicionar o conhecimento extraído, embora, por outro lado, possa precisamente por esse motivo enriquecer o mesmo devido ao seu contributo técnico e prático prévio.

Os pressupostos da “Janela de Johari” (Carmo & Ferreira, 2008) revelam que quanto maior o envolvimento do investigador na pesquisa, maior o acesso à área secreta do objeto de estudo, todavia, menor o acesso à área cega do mesmo, a chamada “miopia organizacional”. A interventora compromete-se, em termos de integridade moral e de maturidade emocional, a gerir “o património de informações de acesso reservado” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 129), a si confiado no momento em que lhe é autorizado a realização do trabalho de projeto, e o interesse da comunidade académica em obter resultados pertinentes.

O carácter metodológico deste trabalho de projeto é fundamental para melhoria a prática profissional nesta ERPI. Este trabalho proporciona a reflexão sobre a importância e a dimensão dos cuidados de saúde e bem-estar prestados ao nível residencial para as pessoas idosas, perspetivando a adequação dos serviços às necessidades reais e até à constituição de um ponto de partida para outras investigações alargadas na área.



## CONCLUSÃO

O desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública permitiram o prolongamento da esperança de vida da maior parte dos indivíduos, levando ao aumento absoluto e relativo do número de pessoas idosas na população. Porém, as oportunidades que surgem do alongamento da longevidade dependerão fortemente do valor fundamental que é a saúde. A este propósito, as evidências mostram que os últimos anos de vida são frequentemente acompanhados de condições de dependência complexas que em casos mais gravosos podem implicar a institucionalização, conforme evidenciado no primeiro capítulo.

Princípios orientadores têm sido elaborados, internacionalmente, para a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, em matéria de envelhecimento ativo e saudável, uma vez reconhecida a necessidade de melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos envelhecem. Neste contexto, Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da UE que contemplam a promoção do envelhecimento ativo, destacando-se um assinalável historial de programas desenvolvidos, de que é exemplo primordial o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004). Todavia, é ainda imperativo o estabelecimento de políticas transversais de proximidade e de estratégias de intervenção holísticas e multidisciplinares, que levam em conta não só a dimensão da saúde, mas também a social, numa perspetiva integrada.

Acompanhando o curso dos factos, as ERPI têm sido impelidas a qualificar os seus serviços, ultrapassando uma histórica conceção de cuidados básicos prestados a pessoas idosas institucionalizadas, em vez disso, assumindo uma abordagem biopsicossocial. Atualmente, as estruturas residenciais, sejam públicas sejam privadas, são desafiadas a responder a questões de saúde complexas para promover o bem-estar das pessoas idosas, no entanto subsiste a falta de normativos para a garantia da qualidade funcional das ERPI e para a clarificação dos profissionais envolvidos e suas funções, tal como referido no capítulo 2.

Neste trabalho de projeto verificou-se que, efetivamente, o modelo de cuidados de saúde em ERPI é integrado e biopsicossocial, com vista ao bem-estar físico, psicológico e social das pessoas idosas, ultrapassando o mero atendimento em termos de cuidados básicos, tais como a higiene, o conforto e a alimentação, contudo ainda necessita de ser continuamente melhorado. Este facto deve-se às necessidades identificadas nos residentes, que levam a uma profunda interação entre os serviços da ERPI, tanto os elementares diários, como os de

reabilitação, cuidados curativos e sociais. Constatou-se que os residentes são pessoas muito idosas, de características heterogêneas, a distinguir o percurso escolar e formativo, bem como o nível de rendimentos, com elevados graus de dependência e comorbilidades, sendo que as patologias neurológicas são uma agravante evidenciada.

Denota-se que as pessoas idosas da ERPI carecem de cuidados mais especializados e diferenciados tanto maior a sua dependência. Tratando-se de elevados graus de dependência, as dimensões física e psicológica sobrepõem-se à social, no sentido em que a intervenção é mais preventiva e de manutenção da saúde (“minimização do dano”), destacando-se o apoio prestado em termos da gestão medicamentosa, fisioterapia e enfermagem (cuidados ao nível da prevenção e tratamento de úlceras de pressão, prevenção de quedas, imobilização, reforço de hidratação, especificidades quanto à nutrição). Por outro lado, para os residentes menos dependentes há uma menor necessidade de cuidados diferenciados em saúde, sobressaindo-se uma intervenção preventiva e de promoção da saúde, orientada para a sua autonomia e centrada nas dimensões social e psicológica. Para estes, o apoio emocional e as atividades de convívio e integração têm mais relevância, a destacar os serviços de ginástica, de animação sociocultural e de apoio psicossocial.

A importância das ERPI é comprovada pelo crescimento desta resposta para o envelhecimento no âmbito nacional. A progressiva complexidade dos problemas de saúde, nomeadamente das doenças crónicas e das demências, está estreitamente ligada ao recurso à institucionalização na sequência das condições de dependência inerentes. Esta realidade é cada vez mais pertinente sobretudo devido à longevidade, pelo que se requer pressurosamente atenção política para a coordenação da prestação de cuidados de saúde e cuidados sociais, ou seja, de cuidados integrados, de continuidade e proximidade nas respostas para a população mais envelhecida.

A política social de velhice é essencial para apoiar as ERPI para garantir a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e: incentivar a criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e participação das pessoas idosas; desenvolver normativos para assegurar padrões de alta qualidade na prestação de serviços, exigindo formação específica nesta área; promover cuidados por equipas multidisciplinares bem definidas; garantir que todas as pessoas idosas institucionalizadas recebem uma avaliação holística e têm um plano de cuidados centrados na pessoa, que atende às necessidades e preferências individuais e que potencia o seu autocuidado e autonomia; e, finalmente, orientar a adaptação das estruturas residenciais às especificidades das pessoas com demência. As ERPI

devem ser consideradas respostas sociais e de saúde na área do envelhecimento e estar abrangidas pela política de saúde nacional, a par dos hospitais, centros de saúde e cuidados continuados já incluídos. Neste sentido, é também premente a criação de mecanismos de articulação mais eficazes entre os referidos organismos de saúde.

Espera-se que este trabalho de projeto possa contribuir para a valorização das ERPI ao nível da intervenção na saúde e bem-estar das pessoas idosas e despoletar o interesse académico nesta vertente, possibilitando o desenvolvimento do conhecimento e da prática interventiva no que concerne à institucionalização de idosos. Seria igualmente pertinente investigar a perceção dos residentes e suas famílias sobre o contributo das ERPI para a saúde das pessoas idosas e o seu nível de satisfação em relação aos serviços prestados. Ainda, a investigação junto da equipa multidisciplinar seria útil para compreender e melhorar a intervenção das ERPI no âmbito da saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C. e Oliveira, C. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *In Millenium*, 25. Disponível em: [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm), consultado em Novembro de 2018;
- Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R. e Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *In Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 3: 141-149.
- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. *In Fórum Sociológico*, 17: 17-24.
- Alves, M., Menezes, M., Felzemburg, R., Silva, V. e Amaral, J. (2017). Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. *In Escola Anna Nery*, 21(4): 1-8.
- Amzat, J. e Razum, O. (2014). Health, Disease, and Illness as Conceptual Tools. In J. Amzat e O. Ramzum, *Medical Sociology in Africa* (21-37). London: Springer
- António, S. (2010). *Avós e Netos: Relações Intergeracionais. A Matrilinearidade dos Afectos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (81-103). Lisboa: Pactor.
- Araújo, I., Paúl, C. e Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente da família. *In Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 2: 45-53.
- Azeredo, A. (2016). Envelhecimento: um desafio para o século XXI. *In Journal of Aging & Innovation*, 5(2): 20 – 26.
- Bárrios, M. e Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *In Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2): 188-196.
- Bastian, E. (1977). Estudo de Aspectos da Assistência à Saúde da Pessoa Idosa em Instituições Não Hospitalares do Município São Paulo, Brasil. *In Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 11: 444-54.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. e Sacadura, M. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa*. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *In Cad. Saúde Pública*, 19(3): 773-781. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>, consultado em Março de 2019.
- Câmara, S. (2014). Envelhecimento Demográfico e Insustentabilidade da Segurança Social. *In Cadernos de Economia*, 108: 38-44.

- Camarano, A. e Pasinato, M. (2004). O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In Camarano (org.). *Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60*, pp. 261-300. Rio de Janeiro: IPEA.
- Capucha, L. (2005). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção. Protecção contra “o risco de velhice”: que risco? In *Sociologia, Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, Vol. XV: 337-348.
- Capucha, L. (2014). Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. In *Sociologia, Problemas e Práticas*, 74.
- Cardoso, S., Santos, M., Baptista, M. e Clemente, S. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008). In *Análise Social*, 204, xlvii (3.º): 606-630.
- Carinhas, M., Eusébio, A., Carvalho, L., Lopes, T. e Braga, R. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. In *Cadernos OE*, 1(7).
- Carmo, H. e Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrilho, M. (2017). *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa: INE. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=224831137&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224831137&PUBLICACOESmodo=2), consultado em Fevereiro de 2019.
- Carrilho, L., Gameiro, C. e Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. In *Análise Psicológica*, 1 (XXXIII): 121-135.
- Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais. Forenses e da Educação.
- Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal (s.d.). *Segunda Assembleia Mundial Sobre Envelhecimento*. Disponível em: <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>, consultado em Janeiro de 2019.
- Creutzberg, M., Gonçalves, L., Sobottka, E. e Ojeda, B. (2007). A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o Sistema de Saúde. In *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(6).
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social ‘Lar de Idosos’ em Portugal. In *Interacções*, 17: 65-74.
- Despacho n.º 12427/2016. Diário da República, 2.ª série — N.º 199 — 17 de outubro de 2016.
- Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento (2007). *Creche, Centro de Actividades Ocupacionais e Lar para Idosos: A Percepção dos residentes. Um Inquérito à Qualidade, Adequação e Satisfação – Carta Social 2005*. Lisboa: MSST.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>, consultado em Janeiro de 2019.
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa: DGS.

- Direcção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>, consultado em Fevereiro de 2019.
- Direcção-Geral da Saúde (2018). *Manual de Dietas Hospitalares*. Lisboa: DGS.
- Duarte, L. (2014). O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar? In *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(1): 201-207. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/33754/31010>, consultado em Fevereiro de 2019;
- European Commission. (2017). The 2018 Ageing Report Underlying Assumptions & Projection Methodologies, INSTITUTIONAL PAPER 065 | NOVEMBER 2017 ISSN 2443-8014 (online), *European Economy Institutional Papers*.
- Faleiros, V. (2013). Autonomia Relacional e Cidadania Protegida: Paradigma para Envelhecer Bem. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social no Envelhecimento*, (35-48). Lisboa: Pactor.
- Fernandes, A. (2005). Envelhecimento e saúde. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (23)2: 45-48.
- Fernandes, A. (2012). *Envelhecimento e Saúde: uma análise de género*. Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6536/1/Envelhecimento%20e%20Sa%C3%Bade%20e%20G%C3%A9nero-RF.pdf>, consultado em Janeiro de 2019.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAge International. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio - Resumo Executivo*.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: MTSS. Disponível em: [http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf), consultado em Fevereiro de 2019.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2017a). *Relatório de Portugal sobre o envelhecimento ativo*. Lisboa: MSST.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2017b). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2017*. Lisboa: MSST.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2016). *Capacidade das Respostas Sociais*. Lisboa: MSST.
- Gameiro, L. (s.d.). *Cuidados com a pele da pessoa idosa*. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Departamento de Dermatologia Geriátrica. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/mm/cms/2019/03/18/cartilha2sbd-cuidados-da-pessoa-idosait.pdf>, acedido em Junho de 2019.
- Gavasso, W. e Beltrame, V. (2017). Capacidade funcional e morbididades referidas: uma análise comparativa em idosos. In *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 20(3): 399-409.
- Gil, A. (2007). Envelhecimento Activo: complementaridades e contradições. In *Fórum Sociológico*, 17: 25-36.

- Guedes, J. (2014). A vida em lar e a promoção do bem-estar: Desafios à intervenção social com vista à preservação de si no lar. In J. Almeida, P., Sousa & H. Afonso (Orgs.), *Perspetivas sobre o envelhecimento ativo* (pp. 35-68). Lisboa: Editorial Cáritas.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censo 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: INE.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2011). *Estrutura Residencial para Idosos - Manual de Processos-Chave*. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs\\_lar\\_estrutura\\_residencial\\_idosos\\_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4](http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4), consultado em Fevereiro de 2019.
- Junior, E., Silva, I., Vilela, A., Casotti, C., Pinto, F. e Silva, M. (2016). Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. In *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2016, Rio de Janeiro, 24 (4): 404-412.
- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde.
- Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro – Serviço Nacional de Saúde.
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Loureiro, I. e Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Machado, W. e Bandeira, D. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. In *Estudos de Psicologia, Campinas*, 29(4): 587-595.
- Maia, C. (2017). Identificação dos Determinantes do Envelhecimento Ativo na População Idosa de Castelo Branco. In *Revista de Psicologia*, Nº 2 – Monográfico, 1: 159-174.
- Marques, F., Correia, F., Pires, R. e Pereira, P. (2010). Apoio Social em Idosos Institucionalizados. In *Gestão e Desenvolvimento*, 17-18 (2009-2010), 99-121.
- Marques, E. (2012). *Envelhecimento. Um estudo sobre qualidade de vida*. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3370/1/Artigo%207-EgitaniaSciencia11.pdf>, consultado em Março de 2019.
- Martins, R. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. In *Millenium*, 27.
- Medeiros, F., Oliveira, J., Lima, R. e Nóbrega, M. (2015). O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem. In *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 mar; 36(1): 56-61.
- Mendes, F. (2011). *Segurança Social: O Futuro Hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ministério da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável, 2017-2025*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mouro, H. (2013). Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social no Envelhecimento*, (17-34). Lisboa: Pactor.
- Mulas, L. F. (2014). *50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona* (PAGCP), Sociedad

- Española de Geriatria y Gerontología. Disponível em: [https://www.segg.es/media/descargas/50 Recomendaciones PAGCP SEGG.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf), consultado em Agosto de 2019.
- Oliveira, J. e Rozendo, C. (2014). Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção. *In Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5): 773-9.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde 2015 – resumo Português*. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>, consultado em Agosto de 2019.
- Organização Mundial de Saúde. (2017a). *Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde 2017*. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>, consultado em Agosto de 2019.
- Organização Mundial de Saúde. (2017b). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*.
- Organização Mundial de Saúde. (2017c). *10 priorities towards a decade of healthy ageing*.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>, consultado em Janeiro de 2019.
- Paúl, C. e Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. Lisboa: Psicosoma.
- PORDATA. (2019). *Dados sobre a população em Portugal*. Lisboa: FFMS.
- Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março. Diário da República n.º 58/2012, Série I de 2012-03-21. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.
- Proqualis. (2016). *Simplificando o cuidado centrado na pessoa*. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz.
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos Modelos de atención y evaluación*. Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, N°3.
- Rogers, C. (1961). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Salcher, E., Portella, M. e Scortegagna, H. (2015). Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *In Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2015; 18(2): 259-272.



- Sebastião, C. e Albuquerque, C. (2011). Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactos da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. *In Revista Kairós Gerontologia*, 14(4): 25-49 Disponível em: [revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/10048/7478](http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/10048/7478), consultado em Novembro de 2018;
- Schneider, R. e Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *In Estudos de Psicologia*, Campinas, 25(4): 585-593.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *In Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41.
- Simões, A. (2013). Cuidados em Fim de Vida em Lares de Idosos. Revisão Sistemática da Literatura. *In Pensar Enfermagem*, 17(1): 31-61.
- Simões, Â. e Sapeta, P. (2017). Construção Social do Envelhecimento Individual. *In Revista Kairós – Gerontologia*, 20(2): 9-26.
- Veríssimo, M. (2014). *Geriatrics fundamental: saber e praticar*. Lisboa: Lidel.

# APÊNDICE

## Apêndice I - Tabelas

Tema	Título	Autor/ Ano	Área de investigação	Principais objetivos
Causas e impactos da institucionalização	“Causas e Consequências da Institucionalização de pessoas idosas”	Helena Neves (2012)	Gerontologia Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- caracterização sociodemográfica da amostra;</li> <li>- avaliação do estado de saúde e da funcionalidade da amostra;</li> <li>- identificação das causas para a institucionalização.</li> </ul>
	“Institucionalização na Terceira Idade: escolha ou última alternativa?”	Verónica dos Santos (2013)	Mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificação dos fatores que contribuem para a institucionalização;</li> <li>- identificação da perceção das pessoas idosas e dos seus familiares sobre a institucionalização relativamente ao estado de saúde e realização de direitos.</li> </ul>
	“A dignidade e lares de pessoas idosas”	Sónia Cruz (2014)	Mestrado em Gerontologia Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificação da perceção das pessoas idosas sobre a dignidade nos cuidados prestados.</li> </ul>
	“Fatores da Institucionalização da Pessoa Idosa com Demência”	Dulce Mendes (2012)	Mestrado em Política Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificação dos fatores de institucionalização da pessoa idosa com demência.</li> </ul>
Qualidade de vida, satisfação com a vida, saúde objetiva e saúde subjetiva	“Envelhecimento, Institucionalização e Bem-estar Subjetivo do Idoso”	Marisa Campos (2014)	Mestrado em Serviço Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- caracterização sociodemográfica da amostra;</li> <li>- identificação das causas/fatores de institucionalização;</li> <li>- descrição dos níveis de qualidade de vida, de satisfação com a vida e dos afetos positivos e negativos das pessoas idosas.</li> </ul>
	“Envelhecimento, Direitos e Qualidade de Vida em Estruturas Residenciais”	Adriana Bugalho (2018)	Mestrado em Psicologia da Educação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificação da perceção das pessoas idosas sobre a velhice;</li> <li>- identificação da perceção das pessoas idosas sobre o modo como são vistos pelos adultos;</li> <li>- identificação dos motivos e expectativas face à institucionalização;</li> <li>- identificação da perceção das pessoas idosas sobre o exercício dos seus direitos;</li> <li>- identificação da perceção das pessoas idosas sobre o relacionamento interpessoal e o suporte social;</li> <li>- identificação da perceção das pessoas idosas sobre o bem-estar subjetivo.</li> </ul>
	“Vivência e Qualidade de Vida de pessoas idosas Institucionalizados”	Sílvia Lourenço (2017)	Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliação da perceção das pessoas idosas sobre a qualidade de vida e a satisfação com a vida em relação com a saúde.</li> </ul>
	“Institucionalização em lar e satisfação com a vida em idosos da Cova da Beira”	Paula Correia (2009)	Mestrado em Educação Social e Comunitária	<ul style="list-style-type: none"> <li>- caracterização da perceção das pessoas idosas sobre a satisfação com a vida.</li> </ul>
Depressão e solidão	“Qualidade de Vida e Depressão na Pessoa Idosa Institucionalizada”	Maria Andrade (2011)	Mestrado em Gerontologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- análise da qualidade de vida da amostra;</li> <li>- identificação do nível de depressão;</li> <li>- identificação da relação entre qualidade de vida e o nível de depressão.</li> </ul>

	“Qualidade de vida e solidão no idoso institucionalizado”	Ana Marrachinho (2014)	Mestrado em Gerontologia Social	- análise da qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizados; - identificação de níveis de solidão; - compreensão da relação entre solidão e qualidade de vida.
	“Solidão e Saúde Mental de pessoas idosas institucionalizados”	Maristela Santos (2015)	Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde	- análise da relação entre solidão e saúde mental; - análise da relação entre <i>deficit</i> cognitivo e as variáveis solidão e saúde mental.
Funcionalidade	“Habilidades funcionais, nível de atividade, integração na comunidade e saúde em idosos institucionalizados em lar”	Carine Magalhães (2013)	Mestrado em Gerontologia Social	- caracterização sociodemográfica da amostra; - caracterização do grau de funcionalidade; - caracterização do nível de atividade e integração na comunidade; - identificação do estado de saúde.
	“Dependência no autocuidado das pessoas idosas residentes em lar”	Ana Rodrigues (2015)	Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	- determinação dos diferentes níveis de dependência das pessoas idosas.
	“O Autocuidado da Pessoa Institucionalizada – Estudo Exploratório em Lares do Grande Porto”	Lucina Veríssimo (2013)	Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	- identificação do tipo e nível de dependência das pessoas idosas.
Cuidadores formais	“Auxiliares de Ação Direta: Necessidades em Contexto Institucional”	Maria Infante (2016)	Mestrado em Sociologia das Organizações e do Trabalho	- caracterização sociodemográfica dos AAD; - identificação das dificuldades e das necessidades dos AAD na e para a execução das tarefas; - compreensão da importância da formação como ferramenta para o trabalho dos AAD; - identificação da perceção dos AAD sobre o seu reconhecimento.
	“O bem-estar subjetivo das Ajudantes de Lar”	Ana Torrão (2010)	Mestrado em Psicologia da Saúde	- caracterização do bem-estar subjetivo dos AAD na prática profissional.
	“ <i>Stress</i> ocupacional e <i>coping</i> em cuidadores formais (Auxiliares de Ação Direta) de pessoas idosas (in)dependentes institucionalizados”	Maria Bogalho (2017)	Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações	- identificação da relação entre <i>stress</i> e <i>coping</i> com variáveis sociodemográficas dos AAD; - identificação da relação entre <i>stress</i> e <i>coping</i> com o grau de (in)dependência das pessoas idosas.

**Tabela 1** – Revisão de literatura na área da institucionalização de pessoas idosas.

<b>Perfil da pessoa idosa institucionalizada</b>	<b>Categoria</b>	<b>Indicador</b>
	Género	Feminino; Masculino.
	Idade	
	Estado Civil	Solteiro(a); Casado(a); Divorciado(a); Viúvo(a).
	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever; Sabe ler e escrever; Ensino primário; Ensino Básico; Ensino Secundário; Ensino Superior.
	Profissão antes da reforma	Profissões das Forças Armadas; Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; Especialistas das atividades intelectuais e científicas; Técnicos e profissionais de nível intermédio; Pessoal administrativo; Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem; Trabalhadores não qualificados.
	Condição económica	Pensão de invalidez; Pensão de velhice; Pensão de sobrevivência; Complemento por dependência; Complemento solidário para pessoas idosas; < 600 €; 600 € - 800 €; 800 € - 1000 €; > 1000 €.
	Período de institucionalização	< 6 meses; 6 meses - 1 ano; > 1 ano.
	Avaliação do estado de consciência, orientação e discurso	Consciente; Inconsciente; Orientado no tempo; Orientado no espaço; Orientado na pessoa; Desorientado no tempo; Desorientado no espaço; Desorientado na pessoa; Discurso coerente; Discurso incoerente; Períodos de discurso incoerente; Colaborante; Não colaborante.
	Avaliação da funcionalidade	Autónomo(a); Parcialmente dependente de terceiros; Totalmente dependente de terceiros.
	Apoio necessário nas AVD's	Higiene e conforto; Cuidados de imagem; Transferências; Mobilidade; Deslocações ao wc; Toma medicamentosa; Alimentação; Continência; Higiene habitacional e tratamento de roupas; Ocupação do tempo livre; Aquisição de bens e serviços; Acompanhamento ao exterior.

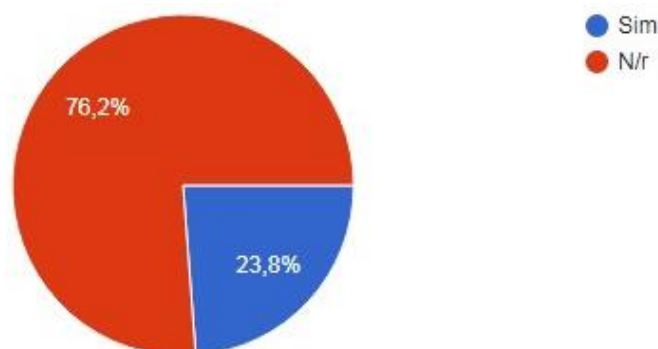
**Tabela 2** – Perfil da pessoa idosa institucionalizada.

		Categoria	Indicador
Dimensão da saúde	Bem-estar físico	Antecedentes clínicos	Doenças cardíacas; Doenças pulmonares; Doenças psiquiátricas; Doenças neurológicas; Doenças endócrinas; Doenças oncológicas; Doenças gástricas; Doenças hematológicas; Doenças vasculares; Doenças renais; Doenças oftálmicas; Doenças dermatológicas; Doenças de otorrino; Doenças ortopédicas; Outra.
		Medicação : n° de medicamentos e toma	1 - 5; 6 - 10; 11 - 15; > 15. / Oral; Nasal; Cutânea; Oftalmológica.
		Requisição de exames complementares de diagnóstico a realizar externamente	Análises ao sangue; Análises à urina; Raio-x; TAC; Ressonância magnética; ECO; ECG; Outra; N/r.
		Encaminhamento para consultas externas de especialidade	Neurologia; Psiquiatria; Ortopedia; Hematologia; Oncologia; Outra, N/r.
		Acompanhamento médico antes da institucionalização	Médico de determinada especialidade; Médico de Família do Centro de Saúde; Médico Particular; N/r.
		Tratamentos/atos de enfermagem	Diariamente; Uma ou mais vezes/semana; Pontualmente; N/r. / Pensos; Retirar pontos; Algáliação; Entubação (SNG); Colheita de sangue; Colheita de urina; Injeções; Vacinação; Educação para a saúde; Sensibilização e informação sobre os cuidados necessários.
		Avaliação de sinais vitais	Diariamente; Regularmente; Em sos. / Glicémia; Pressão arterial; Pulsação; Temperatura; Oximetria.
		Posicionamentos	Sim; N/r.
		Utilização de materiais de prevenção de úlceras de pressão	Almofadas anti-escaras; Calcanheiras; Colchão de pressão alternada; N/r.
		Colocação de imobilização	Sim; N/r.
		Reforço de hidratação	Hídrica: Aplicação de cremes hidratantes; N/r.
		Dieta	Normal; Pastosa. / Normal; Hipossalina; Hipocalórica; Hiperproteica; Diabética.
		Fisioterapia	Diariamente; 3x/semana; 2x/semana; 1x/semana; N/r. / Manutenção; Reabilitação.
		Ginástica Sénior	Sim; N/r.
	Bem-estar psicológico	Apoio emocional	Sim; N/r.
		Terapêutica neurológica/psiquiátrica	Anti-depressiva; Anti-psicótica; Estabilizadores do humor; Ansiolíticos; Indutores do sono; Anti-demencial; Anti-parkinsonica; N/r.
		Animação sociocultural	Fichas de estimulação cognitiva; <i>Atelier</i> de histórias; N/r.
		<i>Empowerment</i>	Sim; N/r.
		Autoconceito/Autoaceitação	Positivo; Negativo; N/r.
		Desenvolvimento pessoal (por iniciativa própria)	Atividades sociais; Atividades culturais; Atividades intelectuais; Atividades espirituais/religiosas; Atividades físicas; N/r.
		Humor e comportamento	Normal; Tristeza/irritabilidade; Apatia; Agitação/agressividade.

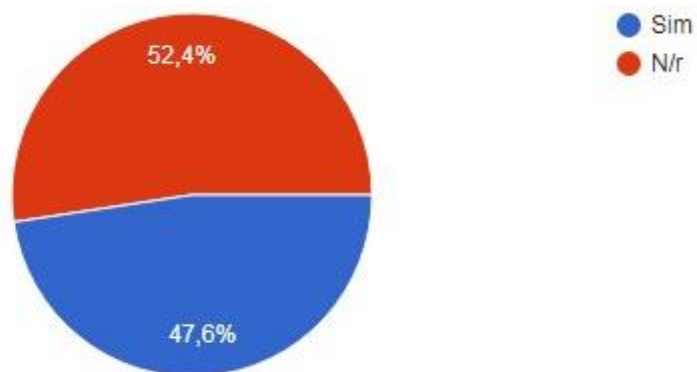
<b>Bem-estar social</b>	Apoio social	Encaminhamento para complemento por dependência; Encaminhamento para complemento solidário para pessoas idosas; Encaminhamento para comparticipações de subsistemas de saúde; Informação/ <i>advocacy</i> ; Apoio psicossocial; Informação e educação sobre a dependência e a institucionalização; Articulação com a Rede Social; Gestão e mediação de conflitos familiares; N/r.
	Adaptação ao processo de institucionalização	Integração plena/harmonia; Revolta/lamentações.
	Participação/entreada	Com a equipa; Com outros residentes; N/r. / Tarefas simples do quotidiano; Acolhimento de outros residentes.
	Realização de passeios organizados pela ERPI	Culturais e recreativos; Pequenos passeios aos jardins próximos da instituição; N/r.
	Saídas ao exterior com a rede de apoio informal	Regularmente; Pontualmente; N/r. / Família; Amigos.
	Visitas	Diariamente; Semanalmente; Pontualmente; N/r.
	Animação sociocultural	Fichas de trabalhos manuais; Expressão plástica; <i>Atelier</i> de jogos; <i>Atelier</i> dos dias comemorativos; N/r.
	Sessões de convívio e conversações	Com a equipa; Com outros residentes; Com visitas de outros residentes.
	Sessões de passeio e convívio no jardim da ERPI	Sim; N/r.
	Festas culturais e temáticas organizadas pela ERPI	Sim; N/r.
	Espiritualidade	Apoio emocional realizado pelas Voluntárias da Igreja; Serviço religioso da Paróquia adstrita; N/r.

**Tabela 3** – Quadro de operacionalização para a componente empírica, no âmbito da pesquisa documental dos processos dos residentes da ERPI.

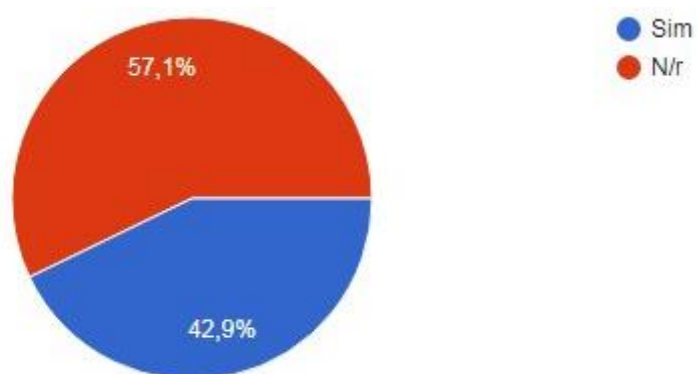
## Apêndice II - Figuras



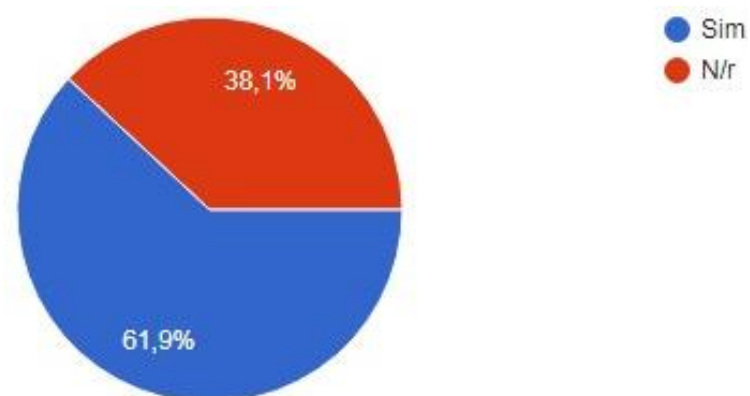
**Figura 1** – Posicionamentos.



**Figura 2** – Colocação de imobilização.

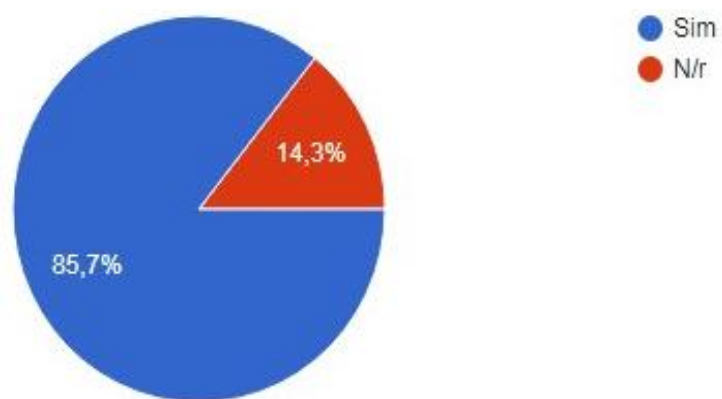


**Figura 3** – Ginástica Sénior.

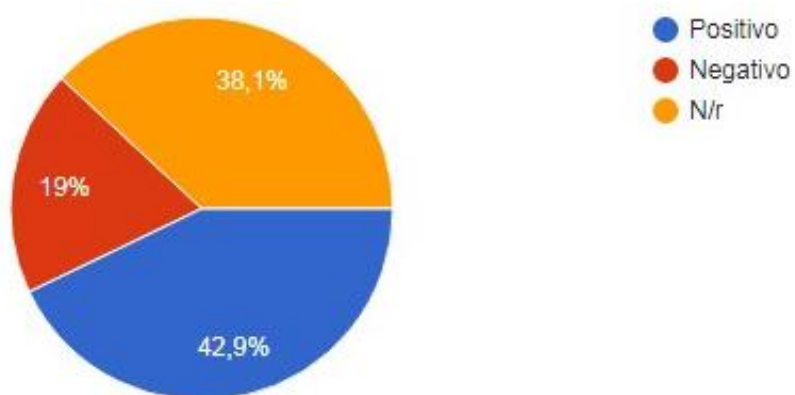


**Figura 4** – Apoio emocional.

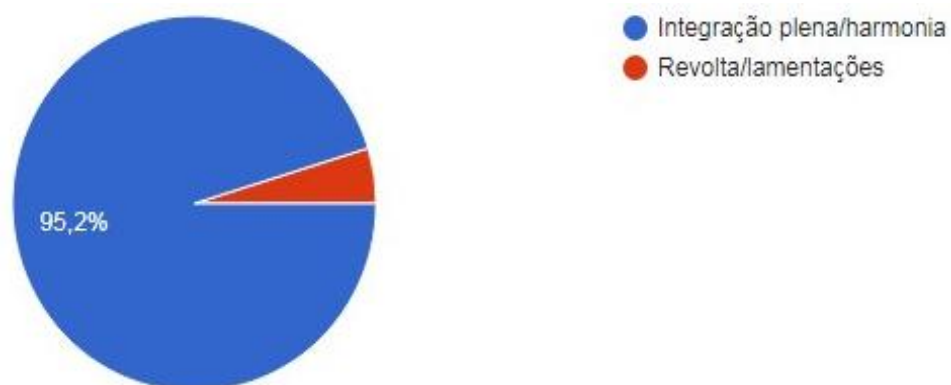




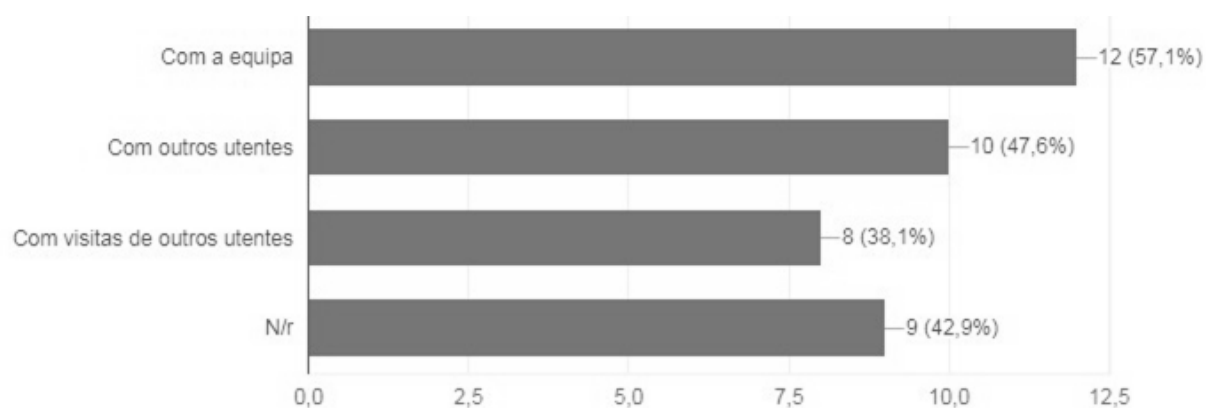
**Figura 5** – Empowerment.



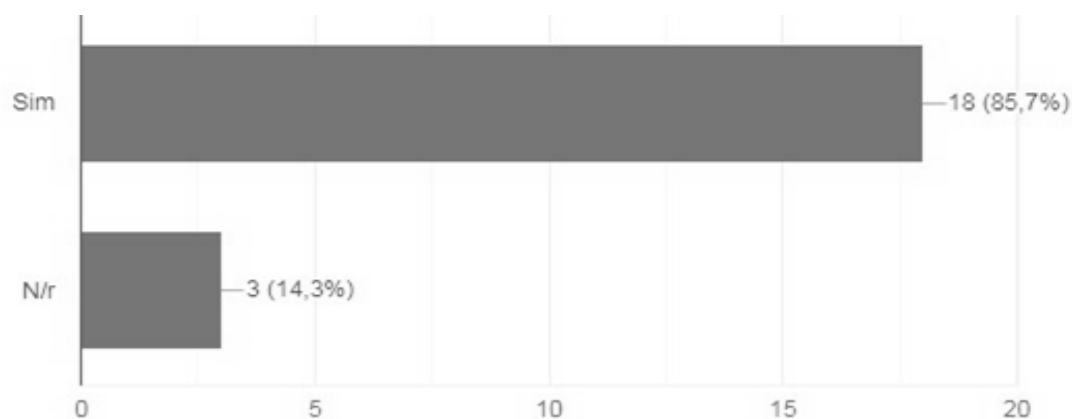
**Figura 6** – Autoconceito/Autoaceitação.



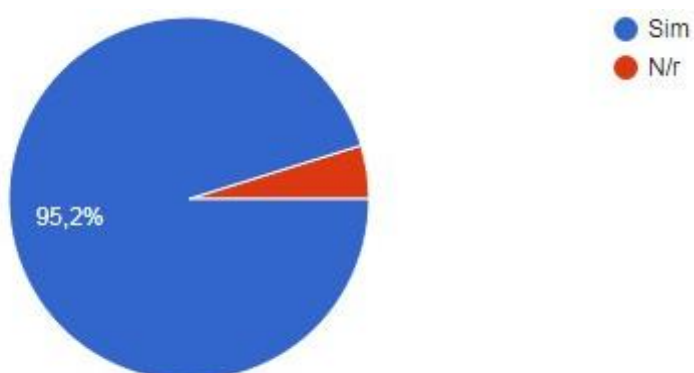
**Figura 7** – Adaptação ao processo de institucionalização.



**Figura 8** – Sessões de convívio e conversações.



**Figura 9** – Sessões de passeio e convívio no jardim da ERPI.



**Figura 10** – Festas culturais e temáticas organizadas pela ERPI.